

# THÈSE

POUR LE

## DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 22 juillet 1869*

PAR HENRI LUTIER

Né à Blois (Loir-et-Cher).

DE L'ANTHRAX

NATURE ET TRAITEMENT

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur  
les diverses parties de l'enseignement médical*

BLOIS

IMPRIMERIE LECESNE, RUE DU PRINCE-IMPÉRIAL

MDCCCLXIX

27

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

**Doyen, M. WURTZ.**

## Professeurs, MM.

|                                                                           |                |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------|
| Anatomie . . . . .                                                        | SAPPEY.        |
| Physiologie . . . . .                                                     | LONGET.        |
| Physique médicale . . . . .                                               | GAVARRET.      |
| Chimie organique et chimie minérale . . . . .                             | WURTZ.         |
| Histoire naturelle médicale . . . . .                                     | BAILLON.       |
| Pathologie et thérapeutique générales . . . . .                           | LASEGUE.       |
| Pathologie médicale . . . . .                                             | { AXENFELD.    |
|                                                                           | { HARDY.       |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                         | { DOLBEAU.     |
|                                                                           | { VERNEUIL.    |
| Anatomie pathologique . . . . .                                           | VULPIAN.       |
| Histologie . . . . .                                                      | ROBIN.         |
| Opérations et appareils . . . . .                                         | DENONVILLIERS. |
| Pharmacologie . . . . .                                                   | REGNAULD.      |
| Thérapeutique et matière médicale . . . . .                               | GUBLER.        |
| Hygiène . . . . .                                                         | BOUCHARDAT.    |
| Médecine légale . . . . .                                                 | TARDIEU.       |
| Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés. | PAJOT.         |
|                                                                           | BOUILLAUD.     |
| Clinique médicale . . . . .                                               | { SÉE (G.).    |
|                                                                           | { N.           |
|                                                                           | { BEHIER.      |
| Clinique chirurgicale . . . . .                                           | { LAUGIER.     |
|                                                                           | { GOSSELIN.    |
|                                                                           | { RBOCA.       |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                        | { RICHEL.      |
|                                                                           | { DEPAUL.      |

*Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.*

## Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

## Agrégés en exercice.

|              |               |               |            |
|--------------|---------------|---------------|------------|
| MM. BAILLY.  | MM. DESPLATS. | MM. JACCOUD.  | MM. PAUL.  |
| BAILL.       | DUPLAY.       | JOULIN.       | PERRIER.   |
| BLACHEZ.     | FOURNIER.     | LABBÉ (Léon). | PETER.     |
| BUCQUOY.     | GRIMAU.       | LEFORT.       | POLAILLON. |
| CRUVEILHIER. | GUYON.        | LUTZ.         | PROUST.    |
| DE SEYNES.   | ISAMBERT.     | PANAS.        | RAYNAUD.   |
|              |               |               | TILLAUX.   |

## Agrégés libres chargés des cours complémentaires.

|                                                  |            |
|--------------------------------------------------|------------|
| Cours clinique des maladies de la peau . . . . . | MM. N..... |
| — des maladies des enfants . . . . .             | ROGER.     |
| — des maladies mentales et nerveuses . . . . .   | N.....     |
| — de l'ophthalmologie . . . . .                  | N.....     |

## Examineurs de la thèse.

MM. GOSSELIN, *président*. MM. GUBLER, JACCOUD, RAYNAUD.

M. FORGET, *secrétaire*.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MES FRÈRE ET SŒURS

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. LE DR A. GUÉRIN

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL ST-LOUIS, MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

VICE-PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE, MEMBRE DU CONSEIL DE

SURVEILLANCE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE, EX-PROSECTEUR DE

L'AMPHITHÉÂTRE DES HOPITAUX, COMMANDEUR DE PIE IX,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR.

A MES AUTRES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

**M. LE PROFESSEUR BÉHIER**

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔTEL-DIEU,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

**M. LE PROFESSEUR L. GOSSELIN**

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL DE LA CHARITÉ,

MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

**AUBRY ET RENOU**

MÉDECINS DE L'HÔTEL-DIEU A BLOIS

**ARNOULT ET BODIN**

CHIRURGIENS DE L'HÔTEL-DIEU A BLOIS

*Remerciements sincères pour leur bienveillance à mon égard.*

## INTRODUCTION

---

Parmi les procédés divers employés dans le traitement chirurgical de l'anthrax, il en est un dû à M. A. Guérin, le procédé de l'incision sous-cutanée, que nous avons eu l'occasion de voir mettre en pratique plusieurs fois cette année. Le résultat fut si satisfaisant pour les malades, et si concluant pour nous, que nous avons cru intéressant et utile d'appeler de nouveau sur lui l'attention des praticiens. En effet, malgré le rapport favorable de M. Gosselin à l'Académie de médecine, malgré le peu de poids des objections que souleva ce rapport, malgré enfin les cas de guérison remarquables déjà connus en assez grand nombre, l'incision sous-cutanée est encore aujourd'hui peu en usage.

Notre but, ainsi du reste que l'indique le titre même de cette thèse, n'a pas été de faire une étude complète de l'anthrax; nous avons eu surtout en vue le traitement de l'anthrax, mais nous avons pensé qu'il y aurait de l'intérêt à parler de l'anatomie et de l'étiologie de cette affection, points sur lesquels les auteurs sont loin d'être d'accord. Et cependant, c'est sur eux que se

sont fondés la plupart des chirurgiens pour préconiser telle ou telle méthode de traitement.

Nous diviserons notre sujet en deux parties. Dans la première, que nous intitulerons : *Nature de l'Anthrax*, nous ferons trois chapitres : 1° Définition, aperçu historique ; 2° anatomie pathologique ; 3° étiologie.

Notre deuxième partie, *Traitement de l'Anthrax*, comprendra aussi trois chapitres : 1° Traitement interne ; 2° traitement par les applications topiques ; 3° traitement chirurgical.

Nous avons donc laissé à dessein de côté plusieurs questions importantes, sans doute, dans l'histoire de l'anthrax ; ainsi la symptomatologie, le diagnostic, pronostic, etc.

Si les quelques pages que nous consacrons à l'étude du traitement de l'anthrax pouvaient engager de nouveaux chirurgiens à tenter l'incision sous-cutanée, nous nous considérerions comme largement payé de notre peine. Nous aurions, en effet, la double satisfaction, et d'avoir amélioré le sort d'un certain nombre de malades, et d'avoir contribué à propager le procédé de notre excellent maître.

---

## PREMIÈRE PARTIE

### NATURE DE L'ANTHRAX

---

#### CHAPITRE PREMIER.

##### DÉFINITION. — APERÇU HISTORIQUE.

Jusqu'à Dupuytren, on confondait sous le nom d'anthrax ou charbon un certain nombre de maladies, bien nettement séparées aujourd'hui. Sous ce nom, en effet, les auteurs qui l'ont précédé, et même ses contemporains, décrivaient la plupart de nos affections virulentes, actuellement bien étudiées sous le nom de maladies charbonneuses ; probablement aussi, ils y faisaient rentrer quelques manifestations extérieures du farcin et de la morve.

Ainsi, Astruc (1), 1759, divise les anthrax en : 1° Charbon vrai ou légitime, de la grandeur d'un denier au plus ; dans cette espèce, tous les accidents sont au plus haut degré ; 2° charbon bâtard ou érysipélateux, occupant un grand espace sans avoir la même virulence ; 3° charbon simple, dépendant d'une cause ordinaire, charbon pestilentiel, suite de la peste ; enfin 4° charbon composé, qui est joint à quelque autre maladie : ainsi le phlegmon charbonneux.

La description du charbon simple se rapporte évidemment à ce que nous entendons aujourd'hui par anthrax ; mais celle des

(1) Astruc. *Traité des tumeurs et des ulcères*, tome I, p. 140. Paris, 1759.

autres nombreuses variétés s'appliquent bien sûrement à quelques-unes des maladies virulentes que nous venons d'énumérer.

De même le charbon bénin de Chatenet (1) peut être considéré comme notre anthrax; mais nous voyons son anthrax malin être la suite de morsures d'animaux venimeux, apparaître chez des gens qui se sont nourris de viandes provenant d'animaux morts de certaines maladies; par exemple, de moutons morts de la clavelée, etc. Lassus (2) fait la même division et les mêmes erreurs.

Boyer (3) divise encore l'anthrax en bénin et en malin; sous ce dernier titre, il décrit, comme ses prédécesseurs, la pustule maligne, les bubons, etc. Mais sa définition de l'anthrax bénin est plus nette, plus précise; c'est déjà un grand pas de fait. « L'anthrax bénin, dit-il, ressemble beaucoup au furoncle: il en diffère cependant par son volume, l'intensité de l'inflammation, l'étendue de la gangrène, qui ne se borne pas au tissu cellulaire, mais s'étend ordinairement à la peau qui recouvre le sommet de la tumeur. »

Cependant, un an avant l'apparition du livre de Boyer, un élève de Dupuytren, Codet (4), 1813, avait soutenu une thèse qui jetait un jour tout nouveau sur l'anthrax. Il sépare, d'une façon bien tranchée, le charbon et la pustule maligne de l'anthrax.

C'est donc certainement à Dupuytren que revient l'honneur d'avoir, le premier en France, débarrassé l'anthrax de toutes les maladies avec lesquelles il n'avait aucun rapport.

Mais je crois que sur ce point nous étions un peu en retard

(1) Chatenet. *Essai sur l'anthrax*, (thèse de Paris, 28 fructidor, an XI (1803).

(2) Lassus. *Path. chirurgic.*, Paris 1806, tome I.

(3) Boyer. *Traité des mal. chirurgic.*, tome II, p. 50, 1814.

(4) Codet, thèse de Paris, 1813, n° 130.

sur nos voisins les Anglais. Hunter (1), dans ses leçons faites de 1786 à 1787, s'occupe du furoncle et de l'anthrax ; il constate le lien de parenté qui existe entre ces deux affections, et il les range toutes deux dans les maladies spécifiques : « L'anthrax est une inflammation de nature spécifique, ainsi que le démontre la régularité de sa terminaison. » Pour Hunter, une maladie spécifique est celle qui, ayant une ou plusieurs causes, n'a qu'un seul mode spécifique d'action, ou, si l'on veut, qu'une seule et même terminaison. Peu importe pour nous cette théorie de la spécificité ; ce que nous voulons faire voir, c'est que Hunter a su séparer l'anthrax des maladies virulentes avec lesquelles on le confondait en France. Et en effet, il a un chapitre spécial pour les virus et les poisons, chapitre dans lequel il étudie la morve, la peste, le typhus, etc., et nous avons vu qu'il n'y rangeait point l'anthrax.

Du reste, nous croyons devoir copier ici quelques passages qui démontrent qu'il connaissait parfaitement l'affection dont nous nous occupons : « L'inflammation charbonneuse a son siège dans le tissu cellulaire... La tuméfaction est considérable, mais aplatie, les cellules étant remplies de pus mêlé avec de la lymphe coagulable. La matière s'approche de la peau par ulcération, ou, si la peau est très distendue, il s'y forme une escarre. La matière s'écoule par plusieurs ouvertures, comme l'eau d'une éponge... Les phénomènes locaux sont les suivants : 1° Début comme un simple bouton ; 2° extension peu considérable de l'inflammation, qui donne à la tumeur l'apparence d'un simple furoncle ; 3° l'inflammation s'étend au-dessous de la peau, et l'on trouve de l'empâtement, la peau elle-même n'étant pas affectée, et la tumeur ayant une circonférence bien définie et pouvant avoir un diamètre de 6 à 7 pouces... Quand le charbon a

(1) J. Hunter. Traduction de Richelot, 1839, tome I.

passé par toutes ces phases, le travail de guérison commence, la cicatrisation s'opère aussi tôt que dans les autres plaies, et l'on voit souvent une tumeur charbonneuse se cicatriser, tandis que d'autres apparaissent. »

Comme nous l'avons dit plus haut, Dupuytren a éclairci tout à fait la question de l'anthrax. Mais nous croyons devoir citer à côté de lui quelques vétérinaires et médecins qui, par leurs études remarquables sur le charbon et la pustule maligne, ont dû lui faciliter beaucoup son œuvre : ainsi le *Traité du charbon*, de Chabert (1782) ; les *Recherches sur les causes des maladies charbonneuses chez les animaux*, de Gilbert (1795), les *Instructions vétérinaires*, la *Correspondance* de Fromage de Férigré ; les *Mémoires* de Gohier, etc. Nous citerons également le nom de plusieurs médecins qui, à la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, firent des travaux très sérieux sur le charbon humain : Fournier, en 1769, publiait à Dijon son livre : *Observations et Expériences sur le charbon malin, avec une méthode assurée de le guérir*. L'académie de Dijon mit deux fois le sujet du charbon au concours : les vainqueurs du premier furent Chambon, qui confondait encore l'anthrax et la pustule maligne, et Thomassin ; la seconde fois, l'académie couronna le livre d'Eaux et Chaussier (1) ; enfin nous mentionnerons encore les observations de Bayle (2) ; de Bidault de Villiers (3), etc.

A partir de ces travaux, l'anthrax prend une place toute nouvelle dans la pathologie ; nous devons donc maintenant nous demander : qu'est-ce que l'anthrax ?

Si l'on parcourt les auteurs qui, depuis 1813, ont écrit sur ce

(1) Eaux et Chaussier. *Méthode de traiter les morsures des animaux enragés... et précis sur la pustule maligne*, 1785.

(2) Bayle, *Considérations sur la nosologie...*, suivies de l'histoire d'une maladie gangréneuse non décrite encore. Paris, thèse in-8°, 1801.

(3) Bidault de Villiers. *Œuvres posthumes*, 1828, p. 183.

sujet, on est étonné de trouver une aussi grande variété de définitions. C'est qu'en effet, on a voulu donner de cette affection une définition anatomo-pathologique, et nous allons voir que l'on était loin, que l'on est encore loin de s'entendre sur le siège primitif de la lésion.

Dans l'appareil tégumentaire, que tout le monde s'accorde à considérer comme le siège de l'anthrax, nous n'avons au point de vue de notre sujet à étudier que : 1° le derme, 2° le tissu cellulaire sous-cutané; 3° les follicules pilo-sébacés; 4° les glandes sudoripares.

Sans vouloir en faire ici une étude complète, nous croyons devoir toucher quelques mots de leur histoire.

1° *Le derme ou chorion*. — C'est une membrane fibro-élastique, qui constitue la charpente, le substratum de la peau. Son épaisseur varie beaucoup. La surface externe est recouverte par les papilles qui lui donnent un aspect mamelonné. La surface interne présente la disposition aréolaire : ces alvéoles formées par l'entrecroisement des fibres les plus profondes du derme, sont remplies de prolongements ou de paquets adipeux. La forme des alvéoles est celle d'un cône à sommet dirigé du côté de la surface libre de la peau.

Examiné dans sa structure, il est formé par une membrane fibreuse très-résistante, peu élastique, d'un blanc mat, et composé de tissu conjonctif traversé et entouré de nombreuses fibres élastiques ;

2° *Tissu cellulaire sous-cutané*. — Ce tissu peut être divisé, avec M. Velpeau, en couche aréolaire et couche lamelleuse. La couche aréolaire est située immédiatement sous le derme auquel elle est intimement liée par des filaments qui partent de cet organe. Elle renferme une assez grande quantité de graisse. Cette couche pénètre les espaces aréolaires du derme qu'elle remplit entièrement ; aussi beaucoup d'auteurs regardent-ils le

tissu cellulaire sous-cutané comme une partie constituante de la peau. Quant à la couche lamelleuse, elle est située plus profondément ; c'est elle qui forme ce qu'on a appelé le fascia superficialis ;

3° *Les follicules pilo-sébacés.* — Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siège de ces glandes : pour les uns, elles sont placées superficiellement dans le derme : MM. Sappey (1), Cruveilhier (2) ; suivant M. Robin (3), elles seraient situées bien plus profondément, avec les glandes sudoripares ;

4° Enfin *les glandes sudoripares* situées dans les aréoles de la face profonde du derme.

Comme on le voit, cette anatomie de la peau est très incomplète, nous n'y mentionnons même pas, en effet, les nerfs, vaisseaux artériels, veineux, lymphatiques, etc. Nous avons seulement voulu dire quelque chose de ces quatre parties entrant dans la composition de la peau, parce qu'elles vont correspondre aux quatre principales définitions de l'anthrax.

1° *Glandes sudoripares.* — Pour Astruc (4) l'anthrax est une inflammation des glandes miliaires (sudoripares) inflammation produite par une viciation des humeurs. Ici, nous croyons devoir relever une erreur que nous avons trouvée dans presque tous les auteurs ; ils disent en effet que Astruc place le siège de l'anthrax dans les glandes pilo-sébacées ; c'est le furoncle que cet auteur place dans les glandes sébacées ; mais pour l'anthrax, c'est, ainsi que nous l'avons dit, dans les glandes miliaires qu'il place son siège.

Cette définition ne se trouve admise d'une façon exclusive par aucun des auteurs modernes. Ainsi Velpeau (5) admet que

(1) *Traité d'anatomie*, 2<sup>e</sup> partie. *Splanchnologie*, p. 465.

(2) *Traité d'anat.*, tome II, p. 566, 1868.

(3) *Dict. de Nysten.*

(4) *Traité des tumeurs*, loc. cit.

(5) *Anat. chirurgie.*, tome I, p. 8, 2<sup>e</sup> édition.

l'anthrax est dû à une irritation des conduits excréteurs des glandes sudoripares et *sébacées*. C'est l'avis aussi de M. Bourgeois d'Etampes (1). M. Broca (2) définit ainsi l'anthrax : « une maladie des cavités glandulaires de la peau ; il résulte de la réunion de plusieurs furoncles ; c'est un furoncle polyglandulaire. »

Tous ces auteurs, on le voit, ne partagent que partiellement la définition d'Astruc.

2° *Tissu cellulaire*. — Dupuytren (3) définit ainsi l'anthrax : « l'anthrax n'est autre chose que l'inflammation de plusieurs paquets du tissu cellulaire contenu dans les aréoles du derme, inflammation qui ne s'étend que consécutivement au tissu adipeux sous-cutané et aux parties plus profondément situées. »

Cette définition rallia la plupart des auteurs contemporains ; ainsi Gendrin (4), Richat (5), Marjolin (6). De nos jours cette définition a encore de nombreux partisans ; nous citerons MM. Nélaton (7), les auteurs du compendium de chirurgie (8), Follin (9), A. Guérin (10), Ledwich (11) et Collis (12), placent aussi le siège de l'anthrax dans le tissu cellulaire, mais bien plus profondément, dans le tissu cellulaire sous-aponévrotique même.

3° *Derme*. — Cependant, dès 1815, apparaissait une nouvelle définition de l'anthrax. « C'est une inflammation de la *peau*

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 1863, p. 44.

(2) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1865, p. 450.

(3) *Leçons de cliniq. chirurgic.*, tome IV, p. 109, 1834.

(4) Gendrin. *Hist. anat. des inflam.*, tome I, p. 448, 1826.

(5) *Anat. génér.*, p. 306, tome IV, 1831.

(6) *Dict. en 30*, art. ANTHRAX, 1833.

(7) *Path. externe*, tome I, p. 386, 1844.

(8) *Compendium*, tome II, p. 60, 1851.

(9) *Path. externe*, tome II, 1865.

(10) *Dict. de méd. et chirurg. pratiques*, 1865, art. ANTHRAX.

(11) *Dublin quaterly journal*, 1856 nov.

(12) *Dublin quaterly journal*, 1864, p. 76.

*propre du chorion*, inflammation qui s'étend consécutivement au corps réticulaire et aux paquets de tissu cellulaire placés dans l'intérieur des aréoles du derme. (Vergnies) (1). » Le furoncle, pour cet auteur, était au contraire l'inflammation des paquets cellulaires qui remplissent les aréoles du derme.

4° *Glandes pilo-sébacées*. — « L'anthrax est une tumeur inflammatoire, de volume variable, qui débute dans l'appareil pilo-sébacé, s'étend au derme périphérique et au tissu cellulaire sous-jacent, détermine la mortification d'une partie de ces tissus et s'accompagne de symptômes généraux graves (Trélat) (2). » Cette définition compte parmi ses partisans MM. Richet (3), Denucé (4). On doit y rattacher aussi, d'une façon relative, MM. Velpeau, Broca, et aussi Billroth (5) qui dit : « la mortification d'une partie du derme, peut-être d'une *glande cutanée*, est le point de départ et le centre du processus inflammatoire. »

Nous verrons à l'anatomie pathologique ce que l'on doit penser de chacune de ces théories et par conséquent de ces définitions. Pour nous, nous croyons que dans l'état actuel de la science, il vaut mieux se contenter d'une définition toute clinique. C'est du reste le parti auquel s'était arrêté l'auteur d'une thèse soutenue sur ce sujet il y a quelques années (6). Nous définirons donc l'anthrax : une inflammation déterminant une tuméfaction de la peau : tuméfaction de forme aplatie, généralement circonscrite, quelquefois mal limitée, et présentant une marche envahissante.

Siège de douleurs brûlantes, d'une couleur rouge foncé, cette

(1) Vergnies. Thèse de Paris, 1815, n° 242.

(2) *Dict. des Sc. médic.*, 1865, art. ANTHRAX.

(3) *Traité d'anat. médico-chirurgic.*, 3<sup>e</sup> édition, p. 6, 1866.

(4) Note lue au Congrès de Bordeaux.

(5) *Path. chirurg. génér.*, p. 318.

(6) Cougoureux. *De l'anthrax et de son traitement chirurgical*, thèse de Paris, n° 1. 1865.

tumeur présente d'abord une dureté ligneuse, disparaissant au centre au bout de quelques jours pour faire place à de la fluctuation, mais persistant pendant un certain temps à la base. L'ouverture de cette tumeur donne issue à plusieurs corps blanchâtres nommés *bourbillons*.

---

## CHAPITRE II.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La variété des définitions tenait, nous l'avons dit, à une cause anatomique; on doit donc s'attendre à retrouver dans ce chapitre des opinions différentes.

Quel que soit le point de départ initial de l'anthrax, il y a d'abord une tuméfaction circonscrite, mais que l'on va voir s'étendre les jours suivants. La tumeur est dure, d'une couleur rouge, surtout vers son centre. Si on incise l'anthrax à cette période, c'est-à-dire avant qu'il ait suppuré, on entend les tissus indurés crier sous le scalpel qui les divise; la coupe présente l'aspect d'un tissu spongieux aréolaire d'une coloration rouge: dans les aréoles on trouve de petits corps blanchâtres nommés *bourbillons*.

C'est sur la nature de ce corps appelé *bourbillon* que les auteurs se sont surtout escrimés; mais nous pensons qu'il vaut mieux poursuivre l'étude de l'évolution de l'anthrax, et examiner plus tard les diverses théories émises sur ce bourbillon.

Quelques jours après apparaissent, au sommet de la tumeur des phlyctènes, qui sont des soulèvements de l'épiderme, et dans lesquelles se trouvent du sang et de la lymphe. Ces phlyctènes vont se rompre et laisser voir nettement la surface du derme: on trouve alors des points jaunâtres dissé-

minés. Ces points vont prendre un accroissement de plus en plus considérable, et l'on va assister à la sortie des bourbillons. Souvent, plusieurs des ouvertures par lesquelles se fait cette sortie, se réunissent, et présentent alors de larges ulcérations qui donnent à l'anthrax l'aspect d'une écumoire ou d'un guépier.

Mais, ainsi que Hunter (1) l'a signalé, l'ouverture de la tumeur peut se faire de deux façons : ou par ulcération, c'est le mécanisme que nous venons d'étudier; ou par gangrène. Et en effet, si l'on a affaire à un anthrax volumineux, et à marche rapidement envahissante, le mécanisme de l'ouverture est tout différent du précédent. On trouve dans ce cas, sans qu'il y ait de phlyctènes, ou au-delà de celles-ci, s'il en existe quelques-unes, des plaques gangrenées, des escarres d'un aspect brun foncé.

Presque toujours, c'est au centre de la tumeur que se produisent ces ouvertures. Une fois celles-ci pratiquées, soit par ulcération, soit par gangrène, le bourbillon va être éliminé.

A ce moment, l'aspect de la tumeur a varié : si l'on presse sur elle, à son centre, c'est-à-dire au niveau des ouvertures, la tumeur n'est plus dure ; elle est manifestement ramollie ; on sent de la fluctuation ; il s'est formé du pus qui va devenir de plus en plus abondant. Ce pus, si l'ouverture de l'anthrax s'est faite par ulcération, entraîne avec lui au dehors les parties solides ; plus il y aura de pus, plus l'élimination sera facilitée. Il faut ajouter aussi, à cette action du pus pour évacuer la tumeur, celle qui est due à la pression exercée par la base de l'anthrax encore dure, sur les parties centrales, molles et fluctuantes.

Mais, si nous avons affaire au contraire à des plaques gangrenées, le pus va soulever ces plaques, les décoller, et les entraîner, ainsi que les parties solides contenues dans la tumeur.

(1) J. Hunter. Voyez page 11.

L'anthrax peut arrêter là ses ravages : les ouvertures sont faites ; quelques-unes se réunissent pour former de véritables cratères ; le pus va entraîner au dehors les bourbillons. La dureté, le gonflement des tissus vont cesser et les bourgeons charnus vont apparaître au fond de la plaie.

Mais la marche peut être bien plus envahissante ; l'induration inflammatoire peut se propager de plus en plus, soit en largeur, soit en profondeur : en largeur, on peut voir des anthrax ayant 25 à 30 centimètres et plus ; en profondeur, généralement le fascia superficialis est la limite du mal, il peut toutefois aller bien au-delà : on a vu des anthrax mettre à nu la protubérance occipitale, pénétrer dans le canal vertébral (Broca) (1).

Quoi qu'il en soit, lorsque l'anthrax doit s'arrêter, la suppuration augmente et, par suite, l'élimination. Il faut se rappeler que la suppuration peut provenir de points très éloignés de la tumeur. Dans le cas où l'anthrax s'est étendu en profondeur, on voit quelquefois les aponévroses percées de quelques trous donner passage à du pus qui provient de foyers situés bien au-dessous.

Enfin, la plaie se recouvre de bourgeons charnus.

Quant à la peau qui borde ces ouvertures, elle est bleuâtre, décollée ; son extrémité libre est très amincie, tandis que la partie adhérente est gonflée, engorgée. Souvent la partie libre se replie en dedans et gêne ainsi le travail de cicatrisation. Ces lambeaux de peau sont réduits parfois à une triste vitalité et vont secondairement se mortifier.

Il va se former maintenant un tissu inodulaire, qui rétractera fortement la plaie : il en résulte des formes très irrégulières de cicatrices.

Celles-ci conservent pendant assez longtemps une coloration

(1) Broca. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1865, p. 447.

brunâtre; elles sont déprimées, ce qui tient et à la perte de substance, et aussi, à l'induration plastique que présentent les parties environnantes.

*Du Bourbillon.* — Nous allons étudier maintenant le bourbillon, dont l'importance est assez considérable dans l'histoire anatomique de l'anthrax.

Nous rattacherons les diverses théories émises à ce sujet, à trois groupes principaux correspondant, du reste, aux trois principales variétés de définition; l'opinion de Vergnies n'a pas eu, en effet, d'écho. Nous verrons donc ce qu'est le bourbillon, pour ceux qui placent le siège de l'anthrax : 1° dans les glandes sudoripares; 2° dans le tissu cellulaire; 3° dans les glandes pilosébacées.

1° « Les glandes de la partie affectée, dit Astruc, sont engorgées et gonflées, parce que l'humeur de la sueur qu'elles filtrent se trouve trop épaisse pour en sortir, et qu'ainsi elle est forcée de croupir dans les glandes... cette humeur est non-seulement épaisse, elle est en même temps âcre et presque corrosive et produit ainsi une douleur âcre et brûlante. »

Le bourbillon se compose donc, pour les auteurs qui partagent l'opinion d'Astruc, de ces glandes enflammées et mortifiées.

Cette théorie ne peut pas être soutenue d'une façon exclusive, l'anthrax, en effet, peut se développer sur les muqueuses (1) et dans ce cas, le bourbillon ne saurait être constitué par des glandes sudoripares.

2° Voici, d'après Dupuytren (2), quel serait le mécanisme de la formation du bourbillon : le tissu cellulaire enflammé se gonfle, augmente de volume, il va alors s'étrangler contre les cellules du chorion qui ne sont pas extensibles.

(1) Danielopoulo, thèse de Paris, 1868, n° 264.

(2) Codet, thèse de Paris, *loc. cit.*, 1813.

Dès 1826, cette opinion est attaquée par Gendrin (1) : « le bourbillon, dit-il, existe avant que la tuméfaction soit très-prononcée, il est le résultat de l'inflammation du tissu cellulaire qui remplit les aréoles; cette phlegmasie produit un véritable corps *pseudo-membraneux* qui constitue le bourbillon. » Comme l'inflammation continue, le bourbillon augmente de volume, et, étant incapable de s'organiser, il entretient lui-même l'inflammation comme corps étranger; d'où résulte une tuméfaction des parties et aussi un étranglement, si le tissu offre une certaine résistance à la distension, comme il arrive pour les aréoles du derme. Gendrin objecte à Dupuytren que si le bourbillon était une portion de tissu cellulaire gangrenée il serait originairement rouge et enflammé. « Or, à quelque époque que nous ayons examiné des furoncles et des anthrax, nous n'avons jamais trouvé la moindre trace de vaisseaux dans les bourbillons; l'examen anatomique de ces petits corps montre qu'ils sont formés par une matière blanche, un peu jaunâtre, filante, demi-diaphane. Cette matière ne présente aucune trace d'organisation, et n'a point cette disposition aréolaire du tissu cellulaire. On ne trouve jamais dans les bourbillons ni reste de vaisseaux, ni aucune trace d'organisation. »

Si Gendrin et Dupuytren n'étaient pas d'accord sur la nature du bourbillon, ils commettaient tous les deux la même erreur anatomique pour expliquer la sortie du bourbillon. Pour eux, en effet, le bourbillon venait tout naturellement se faire jour au dehors, pressé par les aréoles du derme.

Sanson (2) ne s'expose pas, au contraire, à l'objection anatomique qu'on va faire à ces auteurs. Pour lui, le bourbillon est formé d'une part aux dépens du tissu cellulaire enflammé, et d'autre part aux dépens des cloisons fibreuses qui séparent les

(1) Gendrin, *loc. cit.*, 1826.

(2) *Dict. de méd. et chirurg. pratiq.*, 1829.

aréoles du derme. La mortification du tissu cellulaire est le résultat de la résistance qu'oppose le tissu fibreux du chorion à ce qu'il puisse se gonfler en toute liberté et par conséquent, de la compression, de l'étranglement qu'il éprouve; la mortification des parois des aréoles dépend, au contraire, de la distension à laquelle elles sont soumises par le tissu cellulaire qui fait effort pour se gonfler : il y a gangrène des parties contenues, par compression, et gangrène par distension des parties contenant.

En faisant entrer le tissu fibreux aréolaire du derme dans la composition du bourbillon, il échappe ainsi à l'objection que vont soulever contre la théorie de Duputryen, MM. Nélaton, les auteurs du *compendium*, Jarjavay (1).

M. Denonvilliers (2), dans *les propositions*, à la fin de sa thèse, émet une opinion qui se rapproche aussi de celle de Gendrin : « dans le furoncle, il n'y a pas nécessairement étranglement et « inflammation gangréneuse; ce que l'on prend pour du tissu « cellulaire gangrené n'est qu'un produit de sécrétion qu'on « pourrait appeler matière bourbillonneuse. »

M. Nélaton attaque vigoureusement la théorie de Duputryen : il divise son argumentation en deux parties : la première repose sur des considérations anatomiques; quant à la seconde, elle comprend la théorie de Gendrin sur la nature du bourbillon.

Pour MM. Nélaton, les auteurs du *compendium*, Jarjavay, il ne peut y avoir étranglement, le tissu cellulaire tuméfié enflammé ne peut pas avoir été gangrené par compression par les aréoles du derme; la disposition anatomique s'y oppose. Les aréoles sont, les unes coniques, les autres hémisphériques, et la base, largement épanouie, correspond au tissu cellulaire sous-cutané. Si donc il survient une inflammation du tissu aréolaire, ce dernier repoussera légèrement la couche celluleuse sous-jacente

(1) *Traité d'anat. chirurgic.*, tome I, p. 413, 1852.

(2) Thèse de doctorat, 1837, n° 285.

et se développera librement, sans rencontrer d'obstacle qui puisse l'étrangler.

Quant à la nature même du bourbillon, pour ces auteurs, comme pour Gendrin, c'est un produit de sécrétion pseudo-membraneuse. Un fluide albumineux d'abord, puis un véritable pus s'épanche autour de cette sécrétion ; elle devient moins adhérente, flotte comme un corps étranger dans la petite collection purulente, jusqu'à ce que celle-ci, ouvrant une issue au dehors, l'entraîne avec elle.

C'est donc, on le voit, tout-à-fait la théorie de Gendrin ; seulement, il nous faut rappeler que ce dernier auteur admet un étranglement. Nous verrons plus tard, à propos du traitement, à quelle thérapeutique a conduits MM. Nélaton et Jarjavay l'idée qu'il n'y avait pas étranglement.

Cette théorie de la nature pseudo-membraneuse du bourbillon a été renversée par l'examen microscopique.

3° Il nous reste maintenant à étudier le bourbillon au point de vue de ceux qui placent le siège primitif de l'anthrax dans les glandes sébacées.

Ce bourbillon, selon ces auteurs, contient des éléments plus ou moins altérés fibreux et épithéliaux qui appartiennent à la glande ou aux glandes sébacées.

Malgaigne (1) avait déjà réfuté cette opinion : « Le vrai furoncle, qui soulève la peau en cône et offre à son sommet une ouverture en forme de cratère, est situé plus profondément, ainsi que l'atteste la largeur de sa base. » Mais cette objection n'a plus de valeur devant le désaccord des anatomistes ; en effet, G. Béclard (2), Cruveilhier (3), Sappey (4), disent que les glan-

(1) *Traité d'anat. chirurgic.*, article des TEGUMENTS, p. 73, tome I, 2<sup>e</sup> édition, 1859.

(2) *Eléments d'anat. générale*, 1852, p. 211.

(3) *Traité d'anat. descriptive*, p. 565, 1868, *loc. cit.*

(4) *Traité d'anat. descript.*, *loc. cit.*

des sébacées ne sont jamais situées profondément, et occupent toujours les parties superficielles du derme ; M. Ch. Robin (1), au contraire, les fait plonger comme les glandes sudoripares et les follicules pileux dans le tissu adipeux sous-cutané.

Toutefois, cette théorie ne peut pas être soutenue d'une façon exclusive ; nous en trouvons une réfutation complète dans la thèse de M. Danielopoulo (2). On y cite plusieurs anthrax, en effet, de la paume de la main, observés soit chez M. Verneuil, soit chez M. Foucher (Hôpital Saint-Louis). Or la paume de la main, et la plante des pieds sont les deux seules régions de la peau où l'on n'a pas décrit de glandes sébacées.

On rapporte aussi dans cette thèse des anthrax des muqueuses ; mais on sait que ces membranes renferment des glandes, des follicules qui représentent les glandes sébacées de la peau, leur structure est la même. L'objection que l'on tire de la présence d'anthrax dans les muqueuses ne peut donc pas avoir le même poids contre la théorie dont nous nous occupons, que celle tirée de la présence de cette affection à la paume de la main.

*Examen microscopique.* — Follin (3) avait examiné au microscope la composition du bourbillon, ce que n'avait fait aucun de ses prédécesseurs. Il y avait reconnu des globules de pus, de la lymphe plastique et quelques fibrilles de tissu cellulaire. Cette étude, quoique très-incomplète, lui avait permis de réfuter la théorie de Gendrin admise par M. Nélaton et autres d'auteurs.

La seule étude approfondie que nous ayons actuellement a été faite par M Hénocque, alors interne de la clinique ; nous la trouvons rapportée en entier dans la thèse de M. Danielopoulo.

Nous nous contenterons de rapporter les conclusions de M. Hénocque :

(1) *Dict. de Nysten.*

(2) Thèse de Paris, 1868, n° 264.

(3) *Path. ext., loc. cit.*

« Les conclusions que l'on peut tirer naturellement de cet examen microscopique sont les suivantes :

• 1° Les lésions les plus avancées portent surtout sur le tissu aréolaire situé à la face profonde du derme, où nous avons vu une destruction complète des pelotons adipeux qui sont remplacés par des masses purulentes. Cet examen est par conséquent favorable à la théorie de Dupuytren.

« 2° Des abcès miliaires, entourés de tissus conjonctifs, renfermant une grande quantité de globules de pus, ont été trouvés et dans la couche sous-cutanée et entre les muscles ; ce fait nous conduit à parler d'une dernière théorie qui a été soutenue par Collis, qui place le début de l'anthrax dans le tissu cellulaire qui constitue le fascia superficialis et même dans celui qui est sous-jacent. Mais cette théorie est infirmée par l'observation microscopique qui nous a montré la lésion d'autant moins avancée qu'on s'éloignait davantage de la peau.

« 3° Les glandes ont été retrouvées ne présentant d'autre altération, même au niveau d'un bourbillon, qu'une légère hypersécrétion à l'intérieur des follicules sébacés, telle qu'on peut l'observer au début de l'acné.

« 4° Le bourbillon, que quelques auteurs pensent être un produit de sécrétion analogue aux fausses membranes, que d'autres considèrent comme une petite escarre, n'a montré de détritits de glandes sébacées que dans les endroits où la peau était ulcérée.

« Ces deux derniers faits, d'accord en cela avec les observations que nous avons relatées dans ce chapitre, nous prouvent que les cavités glandulaires de la peau n'ont pas été le siège primitif de l'anthrax. »

Pour nous, avant, d'être aussi affirmatif que cela, nous attendrons de nouvelles observations microscopiques : ce qui ressort,

toutefois, de positif, de ces faits, c'est que les auteurs qui placent exclusivement le siège de l'anthrax dans les glandes sudoripares ont tort, puisqu'il y a des anthrax des muqueuses ; que ceux qui le placent dans les glandes pilo-sébacées d'une manière absolue, ont également tort, car on voit des anthrax de la paume de la main ; mais nous n'irons pas jusqu'à dire que le siège de l'anthrax est toujours dans le tissu cellulaire : nous croyons au contraire qu'il peut avoir un de ces trois sièges primitifs. Pour le tissu cellulaire, nous nous fondons sur l'examen microscopique qui précède ; pour les glandes sudoripares et pilo-sébacées, nous nous fondons sur l'étiologie. Nous verrons en effet les irritations locales être assez souvent le point de départ de l'anthrax ; dans ce cas, nulle impossibilité à ce que l'inflammation commence par les glandes pilo-sébacées : d'autres fois, nous verrons certains médicaments, iode, purgatifs salins etc., certaines maladies, goutte, diabète, donner lieu à des anthrax, et il n'est pas prouvé d'une façon très nette que, dans ces cas, l'inflammation ne commence pas par les glandes sudoripares.

Enfin, pour être complet dans l'histoire du bourbillon, nous citerons l'opinion tout à fait à part de Billroth (1) : « Vous avez compris que le processus de la formation du furoncle et de l'anthrax se distingue de toutes les inflammations que vous avez appris à connaître jusqu'ici, et qu'il se caractérise par la mortification constante, tout-à-fait spéciale, d'un morceau de peau plus ou moins grand. Je vous ai fait remarquer que ce foyer gangréneux, quoique peu étendu au début, est le phénomène primitif et jusqu'à un certain point la cause locale de la formation du furoncle et de l'anthrax. Ce fait doit être naturellement attribué à une oblitération de fines artères, oblitération qui se fait très vite, qui peut-être est le phénomène initial ; cependant

(1) Billroth. *Path. chirurg. génér.*, 1868, *loc. cit.*

nous ne sommes pas en état de dire quelle est la cause première de cette oblitération. »

### CHAPITRE III.

#### ETIOLOGIE.

Bien que nous ignorions la cause directe et prochaine de l'anthrax, nous connaissons cependant un certain nombre de circonstances relatives à son apparition qu'on peut considérer dans de certaines limites comme des causes déterminantes. De plus, à l'étude de l'étiologie se rapportent quelques questions qui n'ont été soulevées que dans ces derniers temps, et qui par conséquent présentent un certain intérêt.

L'anthrax est plus fréquent dans la saison chaude que dans la saison froide, c'est surtout au printemps et à l'automne qu'on l'observe.

Les femmes sont bien moins sujettes à cette affection que les hommes; quant à l'âge, nous avons été très étonné de voir dans Follin (1) cette phrase : « Cette affection plus fréquente chez les *enfants* et les vieillards que chez les adultes etc. . . . » Il y a là évidemment une erreur; l'anthrax est bien plus fréquent chez les adultes : on le voit aussi assez souvent chez le vieillard, mais dans les recherches auxquelles nous nous sommes livré pour cette thèse, nous n'en avons pas vu un seul cas chez des enfants.

Viennent ensuite les causes irritantes locales : ainsi les bains sulfureux, alcalins, les pommades, onguent napolitain; puis certains médicaments qui agissent sur la peau en s'éliminant, iodé, purgatifs salins, etc.

(1) *Path. ext*, *loc. cit.*

Ces causes locales sont certainement efficaces et sont reconnues telles par tous les chirurgiens ; mais quelques auteurs pensent qu'il y a autre chose : « Je ne crois pas, dit Brodie (1), que l'anthrax soit simplement une affection locale ; c'est une maladie constitutionnelle et il est toujours précédé d'un trouble de la santé générale. Il me semble qu'il y a dans la circulation quelque chose comme un poison qui est localisé dans la membrane cellulaire dans le cas d'anthrax ; en sorte que nous pouvons être autorisé à classer cette maladie avec la variole et les autres exanthèmes. »

Nous citerons encore l'opinion de M. A. Guérin (2) : « Si j'ai reconnu entre l'anthrax et les affections charbonneuses des différences qui ne permettent pas de les confondre dans la même description, je suis pourtant forcé de reconnaître qu'elles subissent la loi commune d'être enrayées par un traitement local. L'anthrax constitue peut-être le lien entre deux classes de maladies, l'une comprenant des affections qui, après incubation, ont imprégné l'économie d'une manière subite et irrévocable comme la syphilis, la variole ; l'autre, dans laquelle je rangerai les maladies qui, étant bien, comme les autres, précédées par un trouble général de la santé, portent une atteinte moins profonde à la constitution et ne deviennent dangereuses que si on laisse subsister l'état local. Dans le premier cas, la lésion locale est accessoire et une fois produite, elle est sans influence sur l'état général, à moins qu'elle ne prenne un développement inusité ; dans les secondes au contraire, il me semble que le mal s'irradie sans cesse de la lésion locale vers l'organisme tout entier. C'est de cette dernière classe de maladies que l'anthrax se rapproche le plus. »

L'anthrax survient quelquefois à la suite des affections inter-

(1) *Lectures on pathology*, p. 392, London, 1846.

(2) *Dict. de méd. et chirurg. pratiq.*, art. ANTHRAX.

nes, surtout des fièvres éruptives, variole, rougeole, scarlatine.

Dans certains cas aussi, il est facile de rattacher son apparition à la misère, au mauvais état de la constitution, c'est ce que nous voyons dans les hôpitaux; mais dans d'autres cas, cette affection se présente chez des gens biens portants et jouissant d'une excellente santé habituelle. M. Richet (1) a insisté et avec raison sur ce point.

*Forme épidémique.* — Plusieurs auteurs, surtout en Angleterre, ont signalé la forme épidémique de l'anthrax.

Dans un mémoire publié en 1844, le Dr Martin (2) parle bien d'une épidémie d'inflammation de tissu cellulaire, panaris, furoncles, etc. qu'il a observée en 1834 et 1835 à Mauléon, dans le pays des Basques de la Soule (Basses-Pyrénées) chez les soldats du 57<sup>e</sup> régiment d'infanterie de ligne en garnison dans ce pays; mais nous nous sommes reporté à cet ouvrage, et pour nous, nous croyons que les faits observés par ce médecin ne sont pas du tout concluants, relativement à l'anthrax. Il est surtout, pour ne pas dire exclusivement, question du panaris, et sur dix observations, aucune n'a trait ni au furoncle ni à l'anthrax.

Mais les nombreux écrits publiés en Angleterre vers 1852, sur ce sujet, semblent plus probants.

Thomas Laycock (3) 1851, médecin du dispensaire d'York, appela le premier en Angleterre l'attention sur la forme épidémique de l'anthrax, du furoncle, des maladies charbonneuses. Mais il n'est pas difficile de voir qu'il confond l'anthrax avec d'autres maladies virulentes. Il note en effet que la maladie n'est pas seulement limitée à l'homme, mais qu'elle attaque

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 7 avril 1868. Leçon recueillie par M. Pozzi.

(2) *Recueil des Mémoires de méd. milit.*, tome LVII, p. 147, 1844.

(3) Laycock, *Medical Times*, mars 1851. Analyse dans *Union médicale*, 1851, p. 196.

aussi les animaux, chevaux, chats, etc. Ces animaux ont la bouche tellement enflammée, dit-il, qu'ils ne peuvent prendre aucune nourriture. Cette épidémie serait due à un poison dont il ignore la nature et l'origine, poison qui altérerait le sang des créatures humaines et des animaux.

(Du reste, dans un article publié plus tard, en 1856 (1), il reconnaît les erreurs commises dans sa première note, et dit que bon nombre de faits cités dans ce mémoire doivent être mis de côté.)

Un an après, 1852, M. Hunt (2) lut à la société épidémiologique de Londres, un mémoire sur une épidémie de furoncle et d'anthrax. D'après les informations qu'il a prises, beaucoup d'endroits seraient sous le coup de cette épidémie. Les gens pauvres sont surtout frappés, mais les riches n'en sont cependant pas exempts. On remarque aussi qu'à ce même moment, la variole prend une gravité excessive. Le caractère le plus saillant de l'épidémie est une dépression considérable de l'économie. M. Hunt pense qu'il y a de l'analogie entre l'épidémie d'anthrax et la gravité de la variole ; analogie qu'il ne saurait expliquer du reste.

La même année paraissait un travail de M. Hamilton Kinglake (3) sur ce sujet. Les observations de cet auteur sur les furoncles (boils) et les anthrax (carbuncles) épidémiques ont été prises à l'hôpital de Somerset et de Taunton.

Cette épidémie, qui sévissait dans un rayon de plus de vingt milles (sept lieues environ), apparut dans des localités qui avaient été ravagées dernièrement par une épidémie de scarlatine maligne. On voyait des panaris (whitlow) des doigts, des furoncles, des anthrax. Les deux sexes étaient à peu près éga-

(1) *Edinburgh medical journal*, p. 385, tome II, 1856.

(2) *Medical Times*, volume V, p. 177, 1851, et *the Lancet*, tome II, p. 149, 1852.

(3) *Dublin medical press*, 28 juillet 1852, p. 57.

lement exposés; les hommes cependant étaient atteints en nombre un peu plus considérable. Des furoncles de toutes les dimensions, depuis le plus simple bouton jusqu'à la grandeur d'une *tasse à thé*, apparaissaient sur toutes les régions du corps. Les malades avaient une grande débilité. Une demi-douzaine de traitements différents furent tentés, mais en vain ; les furoncles devenaient rapidement des anthrax et l'on avait des pertes de tissu cellulaire considérables, si l'on ne faisait promptement des incisions cruciales. Hamilton cherche quelle peut être la cause de cette épidémie ; considérant que la maladie s'est montrée dans le pays où avait existé la scarlatine maligne, il fut amené à penser qu'il y avait très probablement une connexion entre ces deux affections; bien que, dit-il, il soit prématuré dans l'état actuel des connaissances, d'établir une limite bien définie à la relation qui existe entre ces deux épidémies.

Au mois de septembre de la même année (1) paraît encore un travail sur l'épidémicité de l'anthrax ; mais, chose singulière, les anthrax siégeaient tous à la lèvre. Un premier malade se présente à l'hôpital Saint-Bartholomew avec un anthrax de la lèvre; les chirurgiens rapportèrent d'abord cette inflammation à une cause locale, à une irritation tenant à la profession du malade, mais on ne put garder longtemps cette idée. En effet, il se présenta un si grand nombre de cas qu'on fut obligé de voir là une influence épidémique. Quant à la nature du poison, les auteurs avouent qu'il leur semble difficile de la découvrir. Mais ils font remarquer que les cas d'anthrax sont bien plus fréquents dans la saison chaude ; que leur nombre est beaucoup plus grand cette année, la chaleur étant excessive, que l'année précé-

(1) *Dublin medical press*, septembre 1852, p. 184. Epidemic carbuncular inflammation of the lip (under the case of M<sup>r</sup> Stanley and, M<sup>r</sup> Llyod in Bartholomew's hospital.)

dente où la température avait été douce. La guérison fut la terminaison habituelle de cette épidémie.

En France, M. Tholozan (1) est le seul qui ait insisté sur l'épidémicité de l'anthrax. Il lut à la Société de biologie une note sur l'épidémicité de certaines affections du tissu cellulaire, et particulièrement du panaris, furoncle, anthrax. Mais nous ferons à M. Tholozan la même observation qu'à M. Martin, sur lequel, du reste, il s'appuie beaucoup pour poser ses conclusions : c'est que tous les faits qu'il rapporte sont relatifs surtout aux panaris et aux phlegmons.

Aussi nous croyons que les travaux français sur la nature épidémique de l'anthrax sont moins positifs que ceux publiés en Angleterre.

*De la contagion de l'anthrax.* — A cette question de l'épidémicité se rattache celle de la contagion de l'anthrax.

Le plus chaud partisan de la contagion est Thomas Laycock (2). Selon lui, la contagion peut se faire : 1° D'un individu à un autre ; d'une partie du corps à une autre partie, sur le même individu. Enfin, dit-il, si cette communication est prévenue, le progrès du mal est arrêté.

Les pensions, les familles, etc., où l'on ne prend aucune précaution, lui fournissent la preuve de la contagion d'un individu à un autre. Il n'est pas rare de voir, dit-il, une personne ayant un anthrax, admise dans une famille, communiquer la maladie à toute la famille. Cette contagion se fait aussi bien à l'égard du fort que du faible. « Dans ce cas, on ne peut admettre que  
« la contagion, car les conditions particulières de l'atmo-  
« sphère, etc., etc., qu'on a invoquées dans ces circonstances,  
« sont bien insuffisantes. » Ce qui achève de le convaincre,

(1) *Gaz. médic. de Paris*, année 1853, p. 2.

(2) *Edinburgh medical journal*, tome II, p. 385, 1856.

c'est le fait d'une inoculation dans les conditions suivantes : M. Kirkman (assistant medical officer) fit l'autopsie d'un homme mort avec un large anthrax du dos. Il sentit bientôt de la chaleur et de la cuisson aux deux mains, et sur la droite on vit apparaître, dès le lendemain, huit ou dix furoncles. Enfin, il cite M. B. Richardson, qui a observé un cas de transmission du *materies morbi* à un fœtus dans l'utérus.

La succession que l'on voit de nos jours dans l'apparition des anthrax est une preuve, selon lui, de la contagion d'une partie du corps à une autre. Les applications topiques, cataplasmes et autres, que l'on met sur les tumeurs, amènent d'autres furoncles, en facilitant le contact et le transport de l'humeur morbide dans d'autres régions. De plus, si par le traitement on empêche ce contact, on empêche aussi la production d'autres furoncles.

Laycock a inoculé aussi de la matière prise sur un homme à un animal, mais jamais il n'a pu obtenir de résultat de contagion.

Cette idée de la contagion a aussi quelques partisans en France. Ainsi, S. Feldmann (1) croit à l'inoculation de l'anthrax ; il rejette les incisions dans l'anthrax, car, dit-il, ainsi traités, ils sont toujours suivis de furoncles ou d'autres anthrax. Dans cet article, sur lequel nous reviendrons à propos de la thérapeutique, Feldmann se demande si, par le fait du débridement de la tumeur, on ne pratiquerait pas une inoculation involontaire. Cette succession d'éruptions est due, selon lui, à la résorption d'éléments morbides : « Autrement, on ne comprendrait pas toute cette série de clous sur le même individu, surtout dans le cas où le premier a été occasionné par des irritations extérieures de la peau. » Ici, dans le fait du débridement, le résultat de l'inoculation ne saurait se manifester d'une manière

(1) *Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax*, *Gaz. hebdomadaire*, 1862, p. 453.

analogue à celle de l'inoculation du vaccin ou de la syphilis. Dans l'anthrax, en<sup>2</sup>effet, l'inoculation s'effectue, non pas sur le tégument intact, mais dans une grande plaie ; et alors on n'aura que des effets d'absorption, ne pouvant aboutir qu'à une certaine distance de la plaie.

Aussi voit-on de nouveaux<sup>2</sup>furoncles surgir soit dans le voisinage des premiers incisés, soit à des endroits plus éloignés, selon que les éléments morbides auront été portés plus ou moins loin. Il admet même une loi pour les apparitions des tumeurs secondaires, la *loi de la déclivité* ; c'est-à-dire que, dans les cas où les furoncles consécutifs n'apparaissent pas près des premiers, ceux-ci étant à la nuque, par exemple, les autres viendraient au dos, à la fesse, au périnée, etc. ; de plus, ils occuperaient des parties plus profondes des téguments.

Michon rapporta à une de ses cliniques le fait suivant : Un médecin, qui soignait un malade (d'un anthrax), eut au doigt un panaris ; la bonne qui pansait le malade eut des panaris à tous les doigts.

Enfin, M. Marsoo (1) raconte un fait qui tendrait à faire admettre la contagion de l'anthrax. Un médecin qui pansait l'anthrax d'un malade eut un panaris anthracoïde à l'indicateur de la main droite, trois semaines environ après la mort de ce malade. Quelques jours plus tard, une des blanchisseuses qui avait lavé le linge contaminé eut à son tour un anthrax de l'avant-bras.

Ces faits ne nous suffisent certes pas pour nous faire admettre la contagion de l'anthrax ; ils nous serviront à expliquer quelques méthodes de traitement ; c'est ce qui fait que nous avons cru devoir leur consacrer quelques pages.

*Des rapports de l'anthrax avec le diabète sucré.* — Depuis

(1) *De l'anthrax*, thèse de Paris, p. 14, 1866.

assez longtemps, on a remarqué qu'il existait en même temps et des furoncles ou des anthrax sur la peau, et du sucre dans les urines. Ainsi, Cheselden (1), 1768, s'exprime ainsi : « Il se produit quelquefois dans cette membrane (adipeuse) une sorte de gros furoncle ou anthrax qui forme une escharre volumineuse et produit un grand nombre de pertuis à travers la peau, qui se mortifie et se détache au bout d'un certain temps; mais plus longtemps on respecte l'escharre, plus la suppuration est abondante, ce qui est à l'avantage du malade. Vers la fin de cette période, le pus est coloré par du sang et exhale une odeur bilieuse, absolument comme celui qui provient des ulcères du foie, et dans l'un et l'autre cas, l'urine offre une saveur sucrée comme dans le diabète. » Traduction de M. Charcot (2).

Pitcairn (3) en 1789 vit chez un homme mordu à la main par un rat, se produire des abcès et des furoncles, et l'urine devenir diabétique.

Prout (4) dit aussi : le diabète accompagne souvent, (d'après ma propre expérience, il faudrait dire toujours) les anthrax furoncles et abcès de mauvaise nature qui se rapprochent des anthrax.

Vogt de Berne (5) en 1844, avait remarqué aussi la connexité des furoncles avec le diabète; mais il amène déjà la question sur un autre terrain : « On a remarqué aussi chez des diabétiques, dit-il, une disposition particulière, à l'érysipèle phlegmoneux. »

Cheselden et Prout, avaient vu dans l'anthrax, survenir du

(1) *The anatomy of the human body*, London 1768, p. 139.

(2) *Gaz. hebdomad.*, 1861, p. 539.

(3) *Latham facts and opinions concerning diabetes*, London, 1811. Charcot., *loc. cit.*

(4) *On the nature and treatment of stomach and urinary diseases*, London, 1840.

(5) *Mémoire sur le diabète sucré*, 1844, Charcot, *loc. cit.*

diabète ; Vogt signale au contraire chez des diabétiques, la fréquence des inflammations phlegmoneuses et note les rapports des furoncles avec le diabète. Ainsi dès 1844, nous nous trouvons en présence de deux opinions sur la co-existence des anthrax avec la glycosurie, et nous verrons que ces deux opinions comptent encore des partisans.

Brodie (1) admettait aussi le développement d'anthrax chez des diabétiques.

M. Marchal de Calvi (2) est le premier qui en France s'occupa de l'anthrax dans ses rapports avec le diabète. Pour lui, comme pour Vogt, Brodie, l'anthrax est toujours consécutif au diabète.

Personne aujourd'hui, ne conteste que l'anthrax ne soit un accident assez fréquent dans le diabète. Il paraît que dans certains pays, l'anthrax est la règle dans la glycosurie. « Les éruptions d'anthrax sont si fréquentes dans le diabète, qu'elles sont, dit M. Fonseca (3) médecin à Fernambouc (Brésil) regardées par les praticiens et même par le peuple, comme un signe caractéristique du diabète. »

D'après M. Marchal, l'anthrax diabétique serait généralement seul ; mais tel n'est pas l'avis de M. Jordao qui a vu souvent une série de deux, trois, quatre anthrax, et cite même un cas de sept-deux, chez un malade diabétique, âgé de 70 ans.

M. Marchal pense que la guérison est la règle. La suppuration est facile ; le pus est un peu plus fluide qu'à l'ordinaire, d'une couleur marron, et d'une odeur de miel fermenté. En résumé l'anthrax diabétique n'a pas de caractères bien tranchés de ceux de l'anthrax.

Nous admettons avec tous les auteurs un anthrax diabé-

*pathology*, p. 392, 1846.

Calvi, *Recherches sur les accidents diabétiques*, 1853.

de Paris, 1857.

tique, pouvons-nous, comme le fait M. Marchal de Calvi, nier les cas où l'anthrax aurait au contraire donné naissance au diabète ? Dans les observations citées à l'appui de cette dernière opinion, les malades n'avaient auparavant aucun signe, aucun symptôme qui pût faire admettre le diabète ; de plus, le sucre apparaît, quand l'anthrax est constitué depuis un certain temps ; enfin dans ces cas, le sucre disparaît après l'anthrax. M. Marchal, il est vrai, a fait des objections à presque toutes ces assertions : à l'absence de symptômes diabétiques, il oppose le diabète latent et qu'on ne découvre que par hasard ; il voudrait donc que l'examen des urines du malade eût été fait avant l'apparition du furoncle. Quant à la disparition du sucre, une fois l'anthrax terminé, ce n'est pas une preuve pour lui, car dit-il, on a vu des diabètes guéris par des anthrax. Goolden (1) en effet cite un cas de guérison de diabète par un furoncle.

Nous croyons malgré les objections de M. Marchal, qu'on doit accepter comme concluantes les observations assez nombreuses, dans lesquelles le sucre n'est apparu que consécutivement à l'anthrax. Ainsi MM. Philippeaux et Vulpian (2) en ont cité un cas ; Wagner (3) un cas ; M. Charcot (4) en a cité deux cas extraits du *Dublin medical press* ; le docteur Cabanellas (5) un cas. Pour nous, ces faits cliniques, bien que l'urine n'ait pas été examinée avant l'anthrax, nous suffisent pour admettre que le sucre peut provenir de la présence de l'anthrax ; d'autant plus que les faits expérimentaux nous montrent la possibilité de l'action de l'anthrax sur la production du diabète. En effet les expériences de Schiff (6) ont démontré que des troubles de la

(1) *Path. of diabetes, Medical Times*, 1854, tome IX, p. 598.

(2) *Gaz. hebdomadaire*, 1861, p. 783,

(3) *Archives génér. de médec., Revue critique*, par Fritz, 1858, p. 199.

(4) *Dublin medical press*, 1852 avril.

(5) *Union médic.*, avril 1861.

(6) Schiff, Göttingen, 1856 oct.

circulation, un arrêt du sang dans les vaisseaux, un simple retard suffisent pour amener le diabète. On sait que pour Schiff, la matière glycogène est contenue dans le foie, et ne peut se transformer en glycose que sous l'influence d'un ferment. Ce ferment n'existe pas dans le sang vivant, ordinairement ; mais pour qu'il puisse se former pendant la vie, il suffit de mettre obstacle à la circulation : en comprimant cinq minutes l'aorte d'un chien, on le rend glycosurique ; une ligature autour du bras d'un homme a causé de la glycosurie etc.

M. Sée (1), dans son cours de thérapeutique, admet une opinion voisine de celle de Schiff : théorie vasomotrice. Il n'y a donc rien d'impossible à ce que l'anthrax, amenant des troubles dans la circulation, produise la présence du sucre dans les urines.

Voici aussi, ce que nous trouvons dans les notes recueillies au cours de M. Vulpian (2) : « Toutes les manières de produire le diabète, signalées plus haut, peuvent s'expliquer ainsi : dilatation des vaisseaux, retard, stagnation du sang et augmentation de ferment. Dans les cas de gangrène, d'anthrax, etc., avec diabète secondaire, il se passe la même chose. »

Enfin, on sait qu'il existe une forme de diabète qu'on a appelée diabète nerveux indirect : on a vu, en effet, la douleur, une émotion vive, etc., amener la présence du sucre dans les urines, d'une façon passagère le plus souvent, comme cela se voit aussi dans l'anthrax : dans ce cas, le mode d'action serait encore un trouble apporté dans la circulation. Or, certains anthrax sont si douloureux, que pendant 5 à 6 jours, ils peuvent priver le malade de sommeil ; cette cause pourrait donc être invoquée pour admettre la possibilité d'un diabète dépendant d'un anthrax.

(1) *Cours de thérapeutique*, juillet 1868. Andrey, thèse de Paris 1869, p. 43.

(2) *Cours d'anatomie pathologique*, avril 1867.

Aussi, croyons-nous pouvoir conclure ainsi : le diabète s'accompagne souvent d'anthrax ; l'anthrax, à son tour, s'accompagne de diabète, assez souvent pour qu'on n'oublie jamais d'examiner les urines d'un malade qui a un anthrax.

*Diathèse urique.* — L'anthrax paraît être aussi assez fréquent dans la goutte. Ainsi en 1786, Hunter (1) disait : une autre particularité c'est que le charbon attaque rarement d'autres sujets que ceux qui ont vécu trop largement, principalement sous le rapport de la nourriture. Il ressemble à la goutte par ce caractère et par la tendance qu'il a en général à se montrer chez des sujets très gras.

M. Marchal en cite trois exemples. M. Rayer (2) en a cité aussi plusieurs :

A quoi faut-il attribuer l'apparition des anthrax dans ces cas ? La saturation de l'économie par l'acide urique constitue-t-elle une cause prédisposante à la formation des anthrax, ou en est-elle la cause déterminante ? Des analyses récentes démontrent la connexion intime qu'il y a entre certaines maladies de la peau et la diathèse urique. Golding Bird (3) dit avoir rencontré plusieurs gouteux ayant aux jambes des éruptions eczémateuses avec exsudation abondante, qui en se desséchant laissaient sur la surface un glacis formé de cristaux d'urate de soude. Malms-ten (4) a trouvé par l'examen microscopique des cristaux d'acide urique dans les bulles d'un pemphigus.

M. Gigot-Suard (5) cite une observation d'eczéma des mains, une de pemphigus, une troisième de psoriasis dans lesquelles il a constaté la présence d'acide urique et d'urates contenus soit

(1) *Loc. cit.*, Hunter.

(2) *Traité des maladies des reins.*

(3) *De l'urine et des dépôts urinaires*, trad. O'Borke, p. 169, Paris, 1856.

(4) *Schmidt's Jahrbücher*, tome CV, p. 6.

(5) *Ann. de la Soc. d'hydrol. médic. de Paris*, 1868.

dans les vésicules, bulles ou squames formées à la surface de la peau.

Mais, il faut bien le dire, ces faits ne sont pas aussi concluants qu'ils le paraissent au premier abord. Si l'individu, chez lequel on examine le liquide de ces éruptions cutanées, est atteint de diathèse urique, rien d'étonnant qu'on trouve de l'acide urique. Doit-on en conclure que c'est la présence de cet acide urique dans la peau, ou son excrétion par la surface cutanée qui est la cause de l'éruption ?

De même, dans l'anthrax survenant chez un diabétique, à quoi rattacherons-nous cet anthrax ? Est-ce à une irritation produite par le sucre ? M. Marchal de Calvi, Griesinger (1) attribuent une influence assez considérable au sucre : ils citent plusieurs cas où l'éruption serait apparue aussitôt après l'ingestion de grandes quantités de sucre prises dans un but thérapeutique, ou après des excès de boissons sucrées. Pour d'autres auteurs, l'anthrax se produisait sous l'influence de la même perturbation organique qui tend à développer un excès de sucre dans l'économie.

*De la malignité de l'anthrax.* — Avant de résoudre cette question, il serait bon de définir ce que l'on doit entendre par malignité ? Or, on en trouve des définitions bien différentes et bien bizarres. Pour les uns, c'est une discrasie insigne ; pour d'autres, une intempérie alcalino-sulfureuse du sang et des liquides, ou bien encore une acrimonie du fluide nerveux. Quelques-uns font ce mot synonyme de virus, et entendent par malignité la propriété contagieuse de certaines maladies graves, typhus, peste, pustule maligne. M. Richet (2) se rattache à cette

(1) *Studien über diabetes*, Archiv. für Phys. Kritik, 1859.

(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 1868, loc. cit.

définition. M. Trélat (1) entend par malignité quelque chose d'analogue : pour lui, la *malignité* de l'anthrax serait démontrée, si, abstraction faite de toute complication, un anthrax par sa vertu propre, sa marche insidieuse ataxo-adyamique, semblant révéler une intoxication de l'économie, conduisait les malades vers une mort précoce et imprévue ; et, ajoute-t-il, si cette variété d'anthrax existait, il faudrait la confondre, ou au moins la rapprocher des affections charbonneuses dont elle aurait, sauf les apparences physiques, les caractères de *virulence* et même de *contagiosité*. On voit que le mot de malignité est loin de représenter quelque chose de positif et de semblable pour tout le monde. Aussi, est-ce avec raison que Corvisart (2), en voyant l'abus qu'on faisait dans les livres et la pratique de ce nom de malignité, avait coutume de dire dans ses cours : Ceux qui voient tant de malignité ne sont pas bien malins. Il ajoutait aussi : Il y a des maladies qui ont plus de malignité que leur médecin.

Nous pensons donc avec MM. Richet, Trélat et autres auteurs devoir rejeter ce mot de malin, et admettre des anthrax peu graves, bénins, et des anthrax graves.

La gravité de l'anthrax peut tenir à plusieurs causes : le siège. Les anthrax de la face offrent en effet une gravité sérieuse, et la science possède déjà un certain nombre de cas mortels : ainsi, sur six cas observés par M. Verneuil ; neuf cas réunis dans la thèse de M. Nadaud, un fait publié dans la gazette hebdomadaire de 1865 par mon ami M. A. Le Dentu ; trois cas rapportés par M. Denucé, au congrès médical de Bordeaux ; tous sont morts, sauf deux. Il y avait tantôt phlébite des sinus intra-craniens, avec méningite, tantôt infection purulente. A la nuque, M. Broca (3)

(1) *Dict. des Sc. médic.*, 1865.

(2) *Dict. des Sc. médic.*, 1818, art. MALIGNITÉ.

(3) *Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1865.

a cité un cas où le canal vertébral avait été ouvert ; un autre avec phlébite du pressoir d'Hérophyle et des sinus latéraux. D'autres anthrax, siégeant à la poitrine ont donné lieu à des pleurésies ; sur l'abdomen à des péritonites ; on cite même un cas de perforation abdominale (1). Si la tumeur siége entre l'anus et le scrotum la miction peut être gênée (2).

La gravité peut dépendre encore de l'état général du sujet ; de l'état diathésique antérieur, diabète, goutte, etc.

---

(1) *Archives de médéc.*, 2<sup>e</sup> série, tome XIV, p. 370, 1837.

(2) Marjolin, *Dict. en 30 art. ANTHRAX*, 1833.

## DEUXIÈME PARTIE

### DU TRAITEMENT DE L'ANTHRAX.

---

Au point de vue thérapeutique nous pouvons considérer l'anthrax comme une tumeur caractérisée par 1° la douleur très vive ; 2° la tendance à envahir soit en profondeur, soit en superficie, les parties voisines ; 3° la mortification d'une certaine quantité de tissus ; et 4° la cicatrisation plus ou moins longue et plus ou moins difforme.

Aussi, dans l'examen critique que nous allons faire des divers traitements de l'anthrax, nous aurons à rechercher si les méthodes préconisées remplissent quelques-unes des conditions de notre programme, et parmi celles-ci, quelles sont celles qui en remplissent le plus ; nous promettant d'adopter celle qui nous mettra le mieux à même, et de calmer la douleur, et d'arrêter les progrès du mal, et d'éviter le plus possible la mortification des tissus, et enfin, d'obtenir une cicatrice légère et prompte à se faire.

Cette deuxième partie de notre thèse comprendra trois chapitres.

1<sup>er</sup> Traitement interne.

2<sup>e</sup> Traitement par les applications topiques.

3<sup>e</sup> Traitement chirurgical.

Enfin nous dirons quelques mots du traitement général.

---

## CHAPITRE I<sup>er</sup>

### TRAITEMENT INTERNE

---

Hunter (1) dans l'anthrax se contente d'un traitement interne. Il conseille d'abord les cordiaux, le quinquina que l'on rend stimulant par l'addition de plusieurs teintures. Ces médicaments agiraient et parce que la partie est morte, et parce que le malade est souvent affaibli. Mais on conçoit que cela ne pouvait suffire à Hunter ; nous avons vu que pour lui l'anthrax est une maladie spécifique, il ne pourra pas à l'aide de ces moyens détruire la spécificité de la maladie. Il va alors se mettre en quête d'un spécifique ; mais, dit-il, quand même on en trouverait un, ces médicaments seraient encore nécessaires comme dans la syphilis. Hunter essaya pas mal de drogues avant de découvrir son spécifique ; il donna d'abord l'opium, puis le calomel, la teinture thébaïque, etc., mais sans résultats. Or, un jour qu'il avait donné en vain toute une série de médicaments à un malade qu'il soignait avec le D<sup>r</sup> Pitcairn David, il dit à son confrère : « Ne laissons pas mourir ce malade en n'employant que des moyens dont l'expérience nous a démontré l'insuffisance, tentons quelque chose de nouveau : car, David, je suis plus compétent que vous dans le cas présent ; étant plus âgé que vous, j'en ai observé plus que vous n'avez pu le faire, et je puis vous assurer ce que vous ne savez peut-être pas, c'est qu'on ne connaît aucun moyen efficace contre une telle maladie. » David, continue Hunter, qui est un homme de sens, et qui ne se laisse pas gouverner par la routine agréa ma proposition et me de-

(1) J. Hunter, *loc. cit.*, p. 676.

manda par quel agent nous devrions commencer : « par la première lettre de l'alphabet, lui dis-je, et nous parcourons tout le catalogue de la matière médicale, sans nous arrêter trop longtemps sur la lettre B (bark, quinquina) comme on le fait généralement. »

Ils essayèrent bien des médicaments, en procédant de cette singulière façon : la cigüe, la salsepareille en poudre, incorporée dans du pain et du pudding, la décoction d'orme, etc., etc., enfin l'alcali caustique fossile (soude caustique). Sous l'influence de ce dernier médicament, le malade alla mieux : « bien que, dit Hunter, le retour à la santé ait été assez long. » Depuis, il dit avoir donné ce médicament à quelques malades, avec avantage. Il prétend s'être guéri lui-même de nombreux clous successifs à l'aide de cette solution alcaline prise pendant deux mois. Voici comment il administrait ce médicament. Il mettait quarante gouttes de cette solution dans du lait, et faisait prendre le tout en une ou deux fois par jour, soir et matin par exemple.

Quant au traitement local, il s'en montre peu partisan ; au début, on pourrait peut-être se permettre de petites ouvertures ; mais une fois la tumeur bien formée, il faut bien se garder de l'ouvrir.

Si l'on se rappelle que Hunter dit avoir observé très-souvent l'anthrax chez des goutteux, on pourra très-bien s'expliquer que sa solution alcaline, en agissant favorablement sur la diathèse urique, lui ait donné quelques résultats satisfaisants.

En 1852, le D<sup>r</sup> Mosse (1) propose comme remède de l'anthrax, qui régnait alors épidémiquement en Angleterre, l'usage de la levure de bière.

Pendant huit ans, dans sa pratique dans l'ouest de l'An-

(1) *The Lancet*, 1852, tome II, p. 113.

gleterre, il a donné ce remède et s'en est fort bien trouvé. Depuis six ans, dans sa nouvelle résidence, il se sert du même moyen et toujours avec autant de succès : les anthrax se guérissent ainsi très-rapidement et sans récidence. Il donnait la levure de bière à la dose d'une grande cuillerée dans de l'eau, et trois fois par jour pour un adulte.

M. Rayer (1) nous dit que Fosbroke, en Angleterre, a recommandé de larges doses d'acide sulfurique convenablement étendu d'eau, comme moyen très-efficace pour prévenir la douleur et de nouvelles éruptions.

Enfin, Mouton (2), pour qui l'anthrax est constamment la suite d'un désordre affectant les voies digestives, recommande des diaphorétiques avec une petite dose de tartrate de potasse antimonié.

Nous avouons ne pas avoir grande confiance dans l'efficacité de la médication interne en général, et en particulier des médicaments que nous venons de voir proposés. Toutefois, nous croyons savoir que M. Hardy aurait de très-bons résultats avec de l'eau de goudron. Nous regrettons de n'avoir rien trouvé de publié à ce sujet.

---

## CHAPITRE II.

### TRAITEMENT PAR LES APPLICATIONS TOPIQUES.

Il nous reste maintenant à étudier : 1° le traitement par les applications topiques; et 2° le traitement chirurgical, c'est-à-dire les débridements, que ceux-ci soient faits par le bistouri ou

(1) Rayer, *Maladies de la peau*, tome II.

(2) *Dict. des Sc. médic.*, 1812, art. ANTHRAX.

par les caustiques. Avant de traiter des applications topiques, nous pensons devoir nous demander si l'intervention chirurgicale est nécessaire. La réponse aujourd'hui est facile. Presque tous les chirurgiens français, en effet, admettent qu'il faut débrider, ouvrir les anthrax. Sans nous occuper ici de la théorie, nous pouvons affirmer que quand nous incisons un anthrax, il sort une certaine quantité de pus, de sang ; que de plus, il y a, comme dans toute inflammation, des tissus gonflés, qui ont proliféré ; que par suite de cette accumulation de liquide, de cette augmentation de volume et de nombre des éléments, ceux-ci, avant l'ouverture de la tumeur, étaient comprimés, et, par suite, avaient de la tendance à se mortifier.

La clinique nous a démontré de plus qu'en faisant des débridements *suffisants* on arrête presque toujours, nous dirions volontiers toujours, la marche envahissante de l'anthrax. Le traitement chirurgical (caustiques ou bistouri) a donc pour résultats d'arrêter la propagation de l'inflammation, de dégorger la tumeur, de dépresser les éléments et par suite d'en favoriser la vitalité ; enfin il calme la douleur qui était due surtout à la compression exercée par les tissus enflammés sur les éléments nerveux. Rien d'étonnant donc que le traitement chirurgical soit adopté aujourd'hui presque d'une façon générale ; mais il n'en sera pas moins curieux de voir quelles étaient les raisons de ceux qui le rejetaient ; quels sont encore les motifs de ceux qui le repoussent.

Parmi les ennemis des débridements, les uns ont été victimes de la théorie ; nous en parlerons tout à l'heure ; d'autres se sont effrayés des dégâts produits par ce traitement chirurgical. Ayant vu bon nombre d'anthrax s'arrêter naturellement sans avoir pris de grandes proportions, s'ouvrir et enfin se cicatriser sans laisser de traces énormes, ils ont laissé de côté ce traitement, qui diminuait bien la douleur, mais qui, outre les cicatrices assez grandes,

exposait à certains accidents, comme toutes les solutions de continuité.

Certes, quand on est appelé pour un anthrax de petit volume, de la grosseur d'une petite noix par exemple; si surtout l'on a affaire à une région apparente, et à plus forte raison si la personne affectée est une femme, on est bien tenté de laisser aller les choses et de se confier au hasard, plutôt que de s'armer du bistouri et d'aller faire dans ce cas si simple, pour une tumeur si petite, une incision, cruciale si vous le voulez, qui nous donnera une plaie assez grande, et dont la cicatrice sera assez notable. Mais aussi quel écueil! Qui peut dire en voyant un anthrax de minime dimension, que ce petit anthrax ne deviendra pas rapidement grand. Certes, nous pourrions affirmer que plus d'un praticien, ayant espéré la terminaison prompte et l'arrêt d'un anthrax, et s'étant par les motifs que nous venons d'énumérer, contenté d'applications topiques, a dû regretter, en voyant la tumeur prendre des proportions énormes avec une rapidité effrayante, de n'avoir pas agi plus énergiquement au début.

Cette hésitation, nous ne la comprenons plus aujourd'hui, nous la croyons même coupable. Grâce au procédé de M. A. Guérin, dont nous exposerons en temps et lieu les avantages, l'incision devant être faite, même dès le début, et pouvant, même dans ce cas, être un profit pour l'opéré, nous pouvons déclarer que, s'il était toujours employé, nous ne verrions plus dans les hôpitaux ces malheureux que leurs médecins ont traités mollement par des topiques, pendant des semaines, et qui, après avoir perdu beaucoup de temps et éprouvé de vives et longues souffrances, présentent en outre des pertes considérables de substances.

Parmi ceux qui se sont laissé entraîner par la théorie, nous rencontrons d'abord M. Nélaton (1). Cet auteur, en 1844,

(1) Nélaton, *Path. ext.*, tome I, 1844.

repoussait tout débridement, n'admettant pas l'étranglement. Jarjavay (1) était du même avis : « La méthode qui consiste à traiter les anthrax par une incision cruciale est donc dénuée de tout fondement ; de plus, l'observation clinique m'a démontré que la guérison ne se fait pas plus attendre en abandonnant à la nature le soin d'ouvrir une issue aux produits morbides. La peau se perfore de dedans en dehors par points isolés, lesquels se réunissent bientôt par suite de la résorption des points intermédiaires, et la cicatrice qui en résulte est loin d'être plus difforme que celle qui succède à l'incision de Dupuytren. »

Malgaigne (2) n'admettait pas non plus les incisions, bien que n'étant pas parfaitement convaincu qu'il n'y eût pas étranglement ; mais pour lui, les incisions n'avaient qu'un avantage, c'était d'ajouter la douleur de l'opération à celle de l'affection.

Feldmann (3) repousse aussi les incisions ; elles peuvent bien, selon lui, calmer la douleur, abréger même la durée de la maladie ; mais, dit-il, il faut regarder plus loin : les incisions favorisent la formation des furoncles et des anthrax consécutifs. Nous avons vu en effet que, selon lui, par l'incision de la tumeur, on favorisait l'absorption des éléments morbides.

Mais dans cet article, où il accuse les incisions d'être la cause des éruptions successives, il cite trois cas où les anthrax ont été traités par des topiques seuls ; un chez un malade de soixante-six ans, un sur lui-même en 1839 ; un autre, encore sur lui-même en 1858, et chose singulière, dans ces trois cas, il y a eu soit à côté de la tumeur, soit plus loin, apparition d'un ou de plusieurs furoncles.

A ces chirurgiens, qui se sont basés sur la théorie pour ne pas

(3) *Traité d'anat. chirurgic.*, tome I, 1852.

(2) *Traité d'anat. chirurgic.*, tome I, p. 73, 1859.

(3) *Gaz. hebdomadaire*, loc. cit.

traiter l'anthrax *chirurgicalement*, nous nous contenterons de répondre : que M. Nélaton, tout en conservant sa théorie, est devenu l'inventeur d'un procédé pour ouvrir les anthrax, procédé des incisions *en tulipe*, et que les auteurs du compendium, tout en rejetant la théorie de Dupuytren, n'en reconnaissent pas moins l'utilité des incisions cruciales de ce chirurgien.

Comme applications topiques, nous étudierons : les réfrigérants; les émollients; la saignée et les sangsues; la compression.

1° Réfrigérants. — Ils sont surtout employés par Hébra de Vienne. Ce moyen a été condamné il y a quelques années par Marjolin (1) et avec juste raison. Les tissus, en effet, n'ont que trop de tendance à se mortifier, et ce n'est pas sans inconvénient, croyons-nous, que l'on fera des applications d'eau froide et de glace. Cependant ce moyen paraît avoir calmé assez souvent les douleurs.

2° Émollients, — Sous ce nom, nous comprendrons les cataplasmes, les bains locaux, les water-dressing des Anglais (substances imbibées d'eau tiède). Les cataplasmes, qui diminuent la douleur le plus souvent, sont très mal supportés par certains malades. Leur emploi continu a, dit-on, l'inconvénient de faire développer des pustules : nous pensons que cela est dû à ce que la farine de lin, substance le plus généralement employée, n'est pas fraîche. Toutefois, pour remédier à cet inconvénient, Feldmann engage à recouvrir les parties d'une couche de collodion; on laisse seulement à nu le centre de la tumeur, qui se trouve ainsi en contact immédiat avec le cataplasme.

Le collodion, selon Robert Latour (2), aurait de plus l'avantage d'être un antiphlogistique par excellence; son application ferait baisser la température élevée qui existe dans la tuméfaction.

(1) Marjolin, *Dict. en 30*, loc. cit.

(2) *Traité de la chaleur animale comme principe de l'inflammation*, 1853.

Tous ces moyens, cataplasmes, bains, etc., ont certes leur utilité, mais ce ne sont que des palliatifs; ils peuvent calmer la douleur, mais ils n'en feront pas cesser la cause.

Ils trouveront un emploi très-favorable, mais après l'opération.

Quant aux pommades et aux onguents, ils sont universellement rejetés.

3<sup>e</sup> Compression.—M. Nélaton qui, en 1844, proscrivait toute incision, se contentait d'applications topiques, et recommandait à chaque pansement d'exercer une pression, afin de faciliter l'évacuation du bourbillon.

O'Ferral (1), commença par inciser les anthrax, et exerçait ensuite une compression à l'aide d'emplâtres. Plus tard, à ce que nous dit Collis, il ne se servit plus que de la compression.

Collis (2) est le principal partisan de la compression : « depuis deux ans, dit-il, sur l'avis de Paget, je n'ai traité aucun anthrax par le bistouri ou la potasse. »

Il applique un large emplâtre d'opium et de savon, percé au centre, de façon que la compression se fasse bien de la base au centre de la tumeur. Les cas de guérison cités par Collis nous semblent assez intéressants pour que nous en donnions ici une traduction.

1<sup>re</sup> OBSERVATION. — C'était un large anthrax, situé entre les épaules, chez un homme vieux et faible. Cet anthrax avait été abandonné à lui-même et il était arrivé à atteindre la grandeur d'une petite assiette. Le centre présentait une eschare brunâtre de quatre pouces et demi de long et de trois et demi de large. Cette eschare était encore très adhérente : la ligne de démarcation commençait à se faire. Sous cette membrane cutanée, et l'exhaussant

(1) *Dublin hospital Gazette*, 5<sup>e</sup> volume, 1858.

(2) *On the treatment of anthrax by pressure*, *Dublin quarterly journal medic. sci.*, 1864, p. 74, t. XXXVII.

au-dessus du niveau de la peau saine, était une masse molle de fascia, de tissu aréolaire morts, et de pus, qui ne s'étaient pas encore fait jour au dehors; mais il était évident que l'eschare du fascia était suffisamment détachée pour permettre au pus sous-jacent de s'avancer facilement sous la peau. L'anthrax avait cessé de s'étendre; tout autour de l'eschare était une masse dure, livide, siège d'une grande douleur et capable de faire paraître, à la moindre provocation, une inflammation gangréneuse. J'appliquai immédiatement un large emplâtre d'opium et de savon étendu sur une peau de chamois, avec une incision en croix au centre de l'emplâtre; cette ouverture de l'emplâtre devant correspondre à la partie de la tumeur sur laquelle on eût fait une incision cruciale. Le lendemain, le gonflement qui entourait l'eschare avait sensiblement diminué, et avait pris une couleur rouge de bon augure: la douleur n'existait plus. L'eschare se détacha de jour en jour et se sépara comme à l'ordinaire. L'emplâtre fut renouvelé tous les jours, et la cure fut complète en moins d'un mois: temps surprenant pour un anthrax aussi large et chez un homme aussi faible.

2<sup>e</sup> OBSERVATION. — L'anthrax était situé sur l'abdomen, près de l'ombilic; il était à son début: encore dur et livide, il avait une ou deux vésicules, indices certains d'une suppuration prochaine; si on se contentait de le regarder, il paraissait être large d'un pouce; mais si on le tâtait, on voyait que l'infiltration, profonde, s'étendait bien plus loin; on pouvait ainsi mesurer deux pouces dans toutes les directions, à partir des vésicules centrales. L'emplâtre fut appliqué sans incision: le lendemain, le malade annonce que la douleur est finie; les vésicules sont devenues des pustules; l'induration profonde est moindre et la couleur plus normale. Le lendemain une goutte ou deux de pus se trouvent au-dessous de l'emplâtre. Je fis alors une incision en croix dans le centre de l'emplâtre. Une nouvelle pièce fut appliquée tous les jours et laissée constamment jusqu'à ce que le bourbillon (core) fût séparé; ce qui eut lieu en moins d'une semaine, avec l'aide de tractions qu'on faisait tous les jours au moment du pansement. Une fois ce bourbillon séparé et retiré, la guérison se fit rapidement et le malade

quitta l'hôpital guéri le 28<sup>e</sup> jour. Cet homme fut menacé d'un second anthrax ; la place fut immédiatement recouverte d'une couche épaisse d'onguent de savon et d'opium, et, en trois jours, toutes les apparences d'inflammation avaient disparu.

3<sup>e</sup> OBSERVATION. — Le troisième cas me fut fourni par un malade de M. P. C. Smyly.

Un jeune gentleman, strumeux, le seul survivant d'une nombreuse famille, décimée par la phthisie, fut pris tout à coup de cette douleur brûlante qui précède l'inflammation particulière de l'anthrax. La douleur existait au niveau de l'ischion. Un anthrax d'une dimension considérable se forma rapidement et causa beaucoup d'ennui par sa situation au voisinage de l'anus. La tuméfaction était plus grande que d'habitude, ce qui était dû à la prééminence de l'os situé au-dessous.

M. Smyly, à cause de la faible constitution du malade, désirait beaucoup guérir cet anthrax sans avoir recours au bistouri. Il fit une compression énergique à l'aide de bandelettes d'un emplâtre adhésif, qu'il appliqua tout autour de la tumeur, et la recouvrant tout entière, sauf le point central. Un grand soulagement fut immédiatement éprouvé et en trois jours l'eschare entière s'élimina à travers une petite ouverture centrale formée par la réunion de deux ou trois petites pustules. En moins de dix jours, depuis la première application de la compression, le malade put sortir, la cavité était entièrement cicatrisée.

Ce cas fut surtout remarquable parce que M. Smyly avait, dans l'hôpital, un anthrax de même nature, et pour lequel il fit l'incision cruciale. Ce cas, au bout de trois semaines, présentait encore une large surface de tissus indurés. Les deux anthrax ne différaient que par l'âge et la force des malades ; le siège était le même, l'aspect de la tumeur était aussi identique que possible. Le malade qui fut traité par la compression était un délicat jeune homme de 25 ans ; l'autre était un homme vigoureux de 35 ans ; et le premier, traité par la compression, sortait au bout d'une semaine ; tandis que le dernier, qui avait été coupé, selon l'*orthodoxe* manière, était retenu au lit plus de trois semaines.

4<sup>e</sup> OBSERVATION. — Enfin, un homme, vieux avant l'âge, ayant toutes les apparences de la pauvreté, se présente avec deux anthrax : un au niveau de l'épaule droite, de grande dimension ; et un plus petit, dans l'aisselle, près de l'épaule. Le grand avait environ quatre pouces sur trois de diamètre, en considérant la portion centrale, entourée de tissus livides dans une étendue de deux pouces environ. Le plus petit, plus proéminent, était aussi plus avancé : le bourbillon commençait à se séparer, et l'anthrax avait cessé de s'étendre. Le plus grand s'étendait encore, il était le siège de douleurs profondes et brûlantes, il n'avait pas encore commencé à s'ouvrir spontanément. Je les traitai tous les deux, en les entourant de bandelettes disposées en spirale, et recouvrant tout le grand, laissant à découvert le centre du petit. N'ayant pas d'emplâtre avec opium à ma disposition, je me servis d'emplâtre adhésif ordinaire. En 24 heures, le mieux fut sensible. La douleur avait perdu son caractère de chaleur : le gonflement avait disparu, la lividité de la partie centrale avait pris une teinte meilleure et le bord de la tumeur était plus pâle. Le mieux se continua de jour en jour, une petite ouverture centrale donna issue à du pus de bonne nature et en dix jours, non-seulement le bourbillon était sorti complètement, mais la cavité était fermée en grande partie ; en trois semaines tout était fini.

Toutefois, Collis ne rejette pas le bistouri et les caustiques d'une façon absolue ; seulement les cas où ils seraient nécessaires seraient très-rares, selon lui.

Ces faits nous semblent très-curieux et très-dignes d'attention ; sans vouloir faire, comme Collis, de la compression, le traitement exclusif de l'anthrax, nous croyons que cette compression pourrait devenir un excellent auxiliaire des incisions sous-cutanées. Les cataplasmes que l'on applique après l'opération compriment bien un peu, par leur poids, mais peut-être si la compression était faite plus méthodiquement, la guérison serait encore plus rapide ; elle faciliterait l'évacuation des liquides

et contribuerait à faire reprendre aux tissus leur consistance normale.

*Saignées. — Sangsues.* — Nous traitons ici de la saignée, bien que ce ne soit pas absolument sa place, uniquement pour la rejeter en peu de mots. La plupart des malades, en effet, sont dans un état d'adynamie, et par la saignée on diminuerait encore les forces de l'organisme, sans profit.

Quant aux sangsues appliquées localement sur la tumeur, elles peuvent la dégorger un peu et diminuer la douleur, mais pas plus que les cataplasmes, elles n'agissent contre la cause de cette douleur. Marjolin (1) cependant, recommande l'application de nombreuses sangsues dont on fait largement saigner les piqûres par des lotions tièdes et même par l'application de ventouses. Suivant M. Nélaton, les piqûres des sangsues entretiendraient l'inflammation; de plus ces piqûres nombreuses faciliteraient la mortification des tissus.

---

### CHAPITRE III.

#### TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Dans ce chapitre, nous aurons à étudier : 1° la cautérisation ; 2° l'excision ; 3° l'incision.

1° *Cautérisation.* — Elle a été employée dans le traitement de l'anthrax, dans deux buts différents : les uns ont voulu, par les caustiques, faire avorter l'anthrax ; les autres se sont servis de ces caustiques pour éviter les accidents qui surviennent après les incisions, accidents que nous aurons à examiner tout à l'heure.

(1) Dict. en 30, loc. cit.

*Comme moyen abortif.* — M. Velpeau (1) rapporte, en 1825, trois exemples d'éruptions furonculeuses, que Bretonneau fit avorter par le nitrate d'argent. Pour lui, nul doute que le nitrate d'argent comme caustique puisse faire avorter les furoncles, mais seulement quand ils sont naissants.

M. Boinet (2), qui reconnaît la difficulté de savoir dès le début si l'on aura affaire à un furoncle ou à un anthrax, a l'habitude de badigeonner la moindre rougeur avec de la teinture d'iode caustique, et il pense avoir fait avorter ainsi quelques anthrax commençants. Mais, dans le cours de la discussion même, M. Boinet (3) reconnaît qu'il a été un peu loin, et il conclut en disant que la teinture d'iode n'arrêtait pas les anthrax, mais seulement les boutons de nature douteuse.

*Comme moyen préventif.* — Jobert (4), pour éviter les accidents causés par le bistouri, ou quand cet instrument effrayait trop les malades, se servait des caustiques pour ouvrir les anthrax. « On peut avoir recours au traitement abortif conseillé dans ces derniers temps, et qui consiste à appliquer une couche de caustique de Vienne sur une partie plus ou moins étendue de l'anthrax. Voici un exemple de la rapidité de cette action du caustique.

Tolens Françoise, balayeuse des rues, âgée de 42 ans, se présente à la consultation de l'hôpital Saint-Louis dans l'état suivant : Dans la région du dos, vers l'angle inférieur de l'omoplate, existe une tumeur volumineuse à base large, non mobile : la peau qui la recouvre est tendue, rouge, ulcérée. Cette ulcération constitue une petite plaie centrale, au milieu de laquelle on aperçoit du tissu cellulaire gangrené. La tumeur est dure dans toute son étendue et très sensible à la pression ; elle est en outre le siège de douleurs

(1) *Archives de médecine*, 1825, p. 427.

(2) *Société de chirurgie*, 1865, p. 453.

(3) *Id.*, *Bulletin de la Soc. de chir.*, p. 455.

(4) *Abeille médicale*, 1848, p. 66.

lancinantes très vives. La santé de cette femme, qui est d'une forte constitution, a subi une légère altération, car depuis cinq jours que ces douleurs intenses se sont manifestées, elle a perdu l'appétit et le sommeil. Le jour même de son entrée à l'hôpital, M. Jobert fait appliquer sur la tumeur une large traînée de caustique de Vienne comprenant toute la longueur de son diamètre vertical. Le caustique fut laissé environ un quart-d'heure. Presque à l'instant même, toutes les douleurs cessèrent, la sensibilité anormale disparut et l'on pouvait palper à volonté dans tous les sens, sans déterminer aucune souffrance. La malade dormit parfaitement toute la nuit qui suivit, et le lendemain demanda à manger. Le neuvième jour, l'eschare résultant de l'application du caustique était complètement séparée et laissait à nu une plaie de bonne nature, commençant à se cicatriser. Le quinzième jour, la malade demandait et obtenait sa sortie.

M. A. Richard (1) traite les anthrax comme dans le cas précédent de Jobert, c'est-à-dire qu'il ouvre la tumeur à l'aide des caustiques. Du centre de la tumeur jusqu'aux limites extrêmes de la rougeur, M. Richard fait partir de trois à six rayons, larges de trois millimètres, et limités par des bandelettes de diachylon. Il couvre ces rayons, pendant douze minutes, de poudre de Vienne délayée dans l'alcool. Après douze minutes, on enlève les bandelettes; on éteint la poudre de Vienne avec de l'eau vinaigrée. On recouvre alors chaque traînée noirâtre d'une lanière de pâte de zinc. Le tout est recouvert de diachylon. Sept ou huit heures après, on lève le pansement, on incise et on excise partiellement les eschares, qui comprennent alors tout le derme. On couche dans les rigoles de nouvelles lanières de zinc, et on recouvre. Enfin, au troisième et dernier pansement, qui se fait 40 à 42 heures après, on est dans le tissu cellulaire sous-cutané. On incise les eschares, et on dépose de nouveaux fragments de pâte caustique.

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 6 mars 1866.

L'auteur a eu recours à ce procédé, dans le but d'éviter l'érysipèle ou l'infection purulente, accidents qui lui étaient arrivés après l'incision.

M. Soulé, de Bordeaux (1), établit sur la tumeur deux longues traînées de caustique de Vienne, qu'il dispose en croix; puis, le lendemain, il incise les eschares qui sont assez profondes pour permettre l'évacuation de la tumeur. Les avantages de ce procédé sont, d'après l'auteur : suppression d'une plaie saignante, et, par suite, des chances d'absorption; diminution aussi des chances d'érysipèle.

D'autres auteurs se servent d'abord du bistouri. Ainsi M. Boinet (2), dans l'anthrax confirmé, après avoir fait de nombreuses incisions, verse sur les parties mises à nu de la teinture d'iode caustique; il pense ainsi éviter l'absorption purulente et putride en fermant, pour ainsi dire, les orifices veineux.

M. Forget (3), suit la même pratique : pour lui, les terribles accidents que l'on voit chez certains malades sont dûs, la plupart, à l'absorption des éléments putrides, si nombreux dans l'anthrax, et alors, après avoir incisé, il baigne la plaie de teinture d'iode.

Follin (4) recommande aussi les cautérisations : « Si l'on avait affaire à un anthrax large et accompagné de phénomènes typhoïdes, on devrait, après avoir pratiqué une incision cruciale, comprenant toute l'épaisseur de la tuméfaction, employer, quand la région le permet, le fer rouge, vigoureusement. On pourrait ainsi éteindre dans la tumeur un certain nombre de cautères. Si l'on ne croit pas devoir se servir du fer rouge, on peut introduire dans l'épaisseur de l'anthrax incisé, des flèches d'une pâte

(1) Note adressée à la Société de médecine de Toulouse, 1864.

(2) *Bulletin de la Soc. de chirurg.*, 1865, *loc. cit.*

(3) *Id. Bulletin de la Soc. de chirurg.*, 1865.

(4) *Path. ext.*, 2<sup>e</sup>, tome II, p. 35.

sèche au chlorure de zinc, ou toucher solidement l'intérieur de l'anthrax avec un bâton de pâte caustique. »

On voit quelle a été l'intention de tous les auteurs qui ont traité l'anthrax soit par les caustiques seuls, soit par les caustiques précédés ou suivis de l'emploi du bistouri. Les avantages, selon eux, seraient surtout : diminution des chances d'érysipèle et d'infection putride et purulente. Les caustiques ont-ils le pouvoir d'empêcher ces accidents, ou tout au moins diminuent-ils les chances d'en être affecté ? C'est l'opinion de bon nombre de chirurgiens : mais à notre point de vue, ils ne remplissent pas notre programme : d'abord leur application est longue et douloureuse, il n'y a donc pas suppression de la douleur ; de plus, ces moyens laissent encore des cicatrices très apparentes.

2° *Excision.* L'excision a trouvé dans ces derniers temps un partisan dans M. Broca (1). Ce chirurgien avait été frappé de la gravité de certains anthrax, et avait eu alors la pensée de se comporter, à leur égard, comme pour les pustules malignes, c'est-à-dire de les extirper. « On a beau dépasser, par les incisions, les glandes cutanées, on n'en voit pas moins l'inflammation cheminer de proche en proche ; c'est pour cela qu'il me semblerait avantageux d'enlever toute la partie malade, en en dépassant les limites. Cela deviendra de la chirurgie rationnelle ; mais si je n'ai pas encore obéi à mon idée, c'est qu'il est bien difficile de savoir ce que deviendra un anthrax donné. »

M. Broca, comme on le voit par ces dernières lignes, a entrevu lui-même la difficulté de l'emploi de ce procédé énergique ; et en effet, nous ne connaissons pas d'exemple d'anthrax traité de la sorte. De plus, la plupart des chirurgiens pensent que des incisions multiples et *suffisantes* arrêtent toujours l'inflammation.

(1) *Bulletin de la Soc. de chirurg.*, 1865.

3° *Incisions*. Nous arrivons à la troisième et dernière partie de notre traitement chirurgical. Il existe un assez grand nombre de genres d'incisions ; ainsi incisions cruciales, en roue de voiture, en tulipe, etc. Pour nous, nous les diviserons en deux grandes classes : incisions à l'air libre ; incision sous-cutanée.

1° INCISIONS A L'AIR LIBRE. — A. *Incision circulaire*. Nous parlerons de suite des incisions circulaires de Lallement. Ce chirurgien, pour arrêter la marche de l'anthrax, incisait la tumeur sur les bords ; il maîtrisait ainsi l'inflammation ; mais ce moyen avait l'inconvénient grave de favoriser la gangrène de la peau. Ce procédé du reste était déjà condamné en 1813 (1) : « L'incision circulaire entraîne au moins les mêmes inconvénients que l'extirpation, puisque la partie circonscrite doit nécessairement tomber en gangrène. »

B. *Incision cruciale*. Les incisions cruciales préconisées par Dupuytren (2) ont réuni une foule de partisans. L'incision doit comprendre toute l'épaisseur de la peau ; les extrémités doivent dépasser de deux ou trois lignes les limites du mal. Après cette incision cruciale, l'étranglement cesse tout à coup et avec lui les douleurs ; la pression fait sortir de la tumeur un pus visqueux ; il s'écoule une assez grande quantité de sang qui produit une saignée locale et ne contribue pas peu à faire tomber l'inflammation. On applique ensuite des cataplasmes.

C. *Incision en étoile, en roue de voiture*. Plusieurs chirurgiens trouvant insuffisantes les incisions cruciales, ont modifié un peu le procédé de Dupuytren.

C'est ainsi que nous voyons M. Velpeau préconiser les grandes incisions, non cruciales, mais multiples et faites en étoile. On pratique ces incisions en allant du centre à la circonférence de la partie malade. Il faut qu'elles dépassent toute cette circon-

(1) Codet, thèse de Paris, 1813, n° 130, p. 17.

(2) Dupuytren, *Leçons cliniques de chirurgie*, tome IV, p. 109, 1834.

ference d'au moins deux centimètres et qu'elles comprennent toute l'épaisseur des tissus enflammés. De plus, il reliait ces incisions transversales par d'autres incisions périphériques ; ce qui, dit-il, reproduit assez bien la figure d'une roue de voiture.

D. *Incision en tulipe*. Nous voyons ensuite M. Nélaton inciser la tumeur en *tulipe*. Il porte profondément le bistouri jusqu'à la base de la tumeur et fait ainsi des incisions rayonnées, divisant la tumeur en segments mobiles, qui s'écartent l'un de l'autre, comme s'entr'ouvrent les pétales d'une tulipe épanouie.

M. Richet (1) pratique, selon les circonstances, l'un ou l'autre de ces procédés. Il fait d'abord l'incision cruciale ; si cela est nécessaire, il incise suivant plusieurs diamètres à la manière de M. Nélaton, et il réunit ces incisions par des incisions périphériques portant sur le point le plus menacé, suivant le procédé de M. Velpeau. M. Richet recommande de faire des incisions profondes et hardies : « Après avoir traversé l'anthrax dans toute son épaisseur elles doivent diviser encore la couche de tissu cellulaire sous-jacente et arriver jusqu'aux muscles. » C'est la recommandation que fait aussi Collis ; car selon lui, ainsi que nous l'avons dit, l'aponévrose d'enveloppe des muscles contribue à l'étranglement.

M. Letenneur (2) fait à M. Richet et par conséquent à MM. Velpeau et Nélaton, le même reproche que Codet adressait aux partisans des incisions circulaires : il y a en effet entre la manière de faire de Lallement, et celle de M. Richet, une fâcheuse analogie ; c'est que dans les deux cas, les incisions nuisent à la vitalité presque toujours affaiblie des lambeaux et favorisent ainsi la gangrène : « De là dit M. Letenneur, des cicatrices difformes que M. Richet tient tant à éviter. »

(1) *Gaz. des Hôpitaux*, 7 avril 1868.

(2) *Gaz. des Hôpitaux*, 21 avril 1868.

2° *Incision sous-cutanée.* Nous avons à différentes reprises déjà, montré les avantages du traitement chirurgical, c'est-à-dire du débridement, soit par les caustiques, soit par le bistouri, sur les applications topiques. Les incisions cutanées, dit M. Gosselin (1), sont utiles : en diminuant la douleur, les eschares, les pertes de substance, et en abrégeant ainsi la durée de la maladie. Nous croyons de plus qu'elles enrayent la marche de l'anthrax.

Mais, nous avons déjà vu que ces incisions présentaient aussi des inconvénients, et que c'était surtout pour obvier à ces inconvénients qu'on avait cherché à traiter les anthrax par les caustiques. Ces inconvénients sont d'exposer aux erysipèles, à l'infection purulente, etc. Nous rappellerons un inconvénient relatif, sur lequel nous avons déjà insisté plus haut. Lorsqu'en effet un anthrax est de petit volume, a pour siège le visage, par exemple, le médecin hésite à prendre le bistouri pour balafrer son malade. Outre la persistance des douleurs, cette abstention peut, nous l'avons déjà exposé, être très préjudiciable aux malades : l'anthrax pouvant devenir rapidement, et sans que rien puisse le faire prévoir, très volumineux et avoir alors une marche redoutable.

Notre observation N° 4 en fournit un exemple. C'est, comme on le verra, un anthrax de la face, et chez une femme : certes, s'il avait fallu inciser crucialement, le chirurgien aurait pu retarder un peu l'opération, et l'on peut voir que cet anthrax n'aurait pas demandé mieux que de prendre une très fâcheuse tournure.

Eh bien, pour nous, nous avons la ferme conviction, conviction acquise par les faits observés, que le procédé de M. A.

(1) *Rapport à l'Académie de médecine; Bulletin de l'Ac. de méd., séance du 7 février 1866.*

Guérin, tout en conservant les avantages des incisions cruciales et autres, remédie à leurs inconvénients.

Nous allons commencer par décrire le manuel opératoire ; mais nous ne croyons pouvoir mieux faire que de copier les préceptes mêmes de notre maître (1) : « Plongeant au centre de l'anthrax la lame étroite d'un bistouri droit, je l'insinue aussitôt à plat, sous la peau, jusqu'au delà de la partie tuméfiée, et quand j'ai dépassé cette limite, dirigeant le tranchant du bistouri vers les parties profondes, j'incise de dehors en dedans, jusqu'à ce que j'aie éprouvé la sensation d'une résistance vaincue. Cette première incision ne représentant qu'un rayon de la surface enflammée, j'en pratique trois autres semblables qui viennent converger avec elle au point enflammé par lequel j'ai introduit le bistouri. La mortification commençant au centre de la tumeur, c'est par là qu'on devra introduire le bistouri.

Les principaux avantages de ce procédé sur les incisions cutanées sont :

- 1° Douleur moindre pendant et après l'opération ;
- 2° Diminution de l'étendue de la plaie, et par suite des dangers consécutifs ;
- 3° Cicatrice peu ou pas difforme ;
- 4° Guérison plus prompte ;
- 1° Pour ce qui est de la douleur pendant l'opération, il est bien certain qu'ici, en ménageant la peau, dont la sensibilité est extrême, le malade souffrira moins.

Du reste, nous avons une preuve clinique dans notre observation n° I. Ce malade a eu un premier anthrax incisé par M. A. Guérin, un second incisé à Vincennes à l'air libre, un troisième ouvert encore par l'incision sous-cutanée. Ce malade disait parfaitement avoir bien plus souffert pendant l'incision à ciel ou-

(1) A. Guérin, *Dict. de chirurg. pratiqu. et Médecine opératoire.*

vert, et bien plus longtemps après ; il ne paraissait pas du tout être de l'avis de M. Velpeau qui s'exprime ainsi : « On m'objectera que ces incisions (en roue de voiture) larges et profondes sont effrayantes et horriblement douloureuses ; il y a là beaucoup d'exagération. Ces incisions sont faites avec une extrême rapidité (1). » Et en effet, M. Velpeau en faisait dix-neuf à la minute.

On a dit qu'on pourrait employer le chloroforme : l'anesthésie locale exposerait, comme les réfrigérants, à la mortification des tissus malades ; quant à l'anesthésie générale, je crois qu'on pense peu à l'employer dans ce cas.

2° Le second avantage que nous attribuons à l'incision sous-cutanée, a eu l'inconvénient, il faut bien le reconnaître, de déplaire souverainement à l'éminent chirurgien que nous venons de citer, et d'exciter sa verve et sa fureur. M. Velpeau, on le sait, a toujours aimé et défendu tout ce qui se faisait au grand jour en fait d'incision ; le seul mot de sous-cutanée avait quelque chose de très déplaisant pour lui. Nous devons dire, cependant, qu'à propos de l'incision sous-cutanée de l'anthrax, M. Velpeau avait eu le malheur, qu'on nous passe l'expression, de tomber dans sa pratique personnelle sur des cas merveilleusement heureux. En effet, sur 484 cas, il avait eu trois erysipèles dont un avec un anthrax non incisé. M. Velpeau, fort de cette statistique, soutint hardiment et énergiquement que les incisions cruciales (dont il se servait) n'exposent ni à l'erysipèle, ni à l'infection purulente. Il faut savoir gré aussi à l'illustre chirurgien de n'avoir pas été aussi loin que son collègue M. Michon (2), qui était disposé à croire que l'incision, loin de favoriser le développement de l'erysipèle, était le meilleur moyen de le

(1) *Bulletin de l'Ac. de méd.*, 1866, tome XXXI, p. 440.

(2) *Id. Bulletin de l'Ac. de méd.*, 1866.

prévenir. Nous n'avons pas l'intention de reproduire les arguments à l'aide desquels M. Gosselin (1) sut avoir raison de ces deux éminents praticiens. Pour ce chirurgien, il est hors de doute que l'incision à l'air libre expose à l'erysipèle ; il en cite en effet trois cas, dont un mortel ; il en connaît aussi deux exemples, mortels, mais qui n'appartiennent pas à sa propre pratique.

Enfin, sur quatre cas d'anthrax, publiés par M. Richet (2), deux sont compliqués chacun de deux erysipèles ; M. Marsoo (3) en cite aussi un exemple dans sa thèse ; le malade mourut, mais nous devons dire qu'il était diabétique.

Pour ce qui est de l'infection purulente, M. Gosselin paraissait moins convaincu de son apparition après l'incision à l'air libre ; cependant, nous en trouvons quelques exemples dans les auteurs. C'est ainsi que Follin (4) en cite deux cas ; M. Denucé (5) ; en rapporte deux faits ; il y en a un observé dans le service de M. Broca et cité dans la thèse de M. Marsoo (6). Enfin, nous rappellerons que la plupart des auteurs qui ont attaqué l'anthrax par les caustiques, désiraient ainsi éviter et l'erysipèle et l'infection purulente.

3° *La cicatrice n'est pas difforme.* — Nous n'insisterons pas sur ce troisième résultat : il n'y a après l'opération qu'une petite ouverture, provenant du passage d'un bistouri, que l'on a avantage encore, pour la facilité de l'opération, à prendre à lame étroite. La cicatrice sera donc insignifiante, une simple ligne, un simple point.

4° Enfin, la cicatrisation sera plus rapide : nous avons causé

(1) Id. *Bullet. de l'Ac. de méd.*, 1866.

(2) *Gaz. des Hôpitaux*, loc. cit., 1868.

(3) Thèse de Paris, loc. cit.

(4) *Path. ext.*, loc. cit.

(5) Congrès de Bordeaux.

(6) Thèse de Paris, loc. cit.

moins de dégâts, divisé moins de tissus, épargné surtout la peau qui, nous l'avons dit, une fois coupée tend à se replier, et se mortifie même secondairement, nous devons donc nécessairement avoir un travail de réparation plus prompt.

Nous ajouterons, en outre, que l'opération n'est pas difficile, ce qui est encore quelque chose : dans l'anthrax de la face, le manuel opératoire, sans présenter plus de difficulté, exige cependant un peu plus d'attention et de soin.

L'incision, quoique petite, a toujours suffi pour laisser passer les parties à éliminer ; du reste, rien de plus simple, si un bourbillon avait de la peine à sortir, que de le saisir avec une pince et de l'attirer au dehors.

Ce procédé, a-t-on dit, ne peut s'appliquer qu'aux petits anthrax. D'abord, par nos observations, nous fournissons l'exemple du contraire. Ensuite, nous avons dit que le bistouri est introduit au centre de la tumeur : eh bien, c'est un joli anthrax que celui qui a un rayon de la longueur d'une lame de bistouri. Dans ces cas de volumineux anthrax, en outre, il est rare qu'il n'y ait pas quelques ouvertures, ce qui permet encore une plus grande liberté d'action ; et enfin, si le bistouri était trop petit, si nous n'avions pas d'ouvertures naturelles, rien ne serait plus simple que de suivre la conduite de M. A. Guérin dans notre observation d'anthrax de la face n° 4. On prendrait ses distances, et au lieu de débrider en pénétrant par un seul point, on ferait deux débridements et deux ouvertures : nous ne voyons pas l'inconvénient que pourraient causer ces deux petits orifices. Que serait-ce donc, s'il fallait ouvrir, à ciel ouvert, par une incision, en roue de voiture par exemple, une tumeur que nous supposons si extraordinairement grosse.

Quand peut-on, quand doit-on opérer ? La question est facile à résoudre : *toujours*. Dès qu'un anthrax est diagnostiqué, nous croyons qu'on doit procéder à l'opération. Ici, nous n'avons

plus à craindre de déformation; en opérant, nous allons diminuer la douleur du malade, et nous laisserons une cicatrice moins difforme que celle qui résulterait de l'ouverture spontanée de la tumeur : de plus, nous croyons que ce serait le plus sûr moyen d'éviter, à tout jamais, le développement si rapide de ces énormes anthrax que quelques chirurgiens appellent encore malins. Quand l'opération est faite dans ces conditions, la guérison s'obtient le plus souvent par résolution.

Si le malade se présente avec un anthrax déjà ouvert, la douleur a disparu, mais il reste l'empâtement des tissus voisins; l'incision sous-cutanée est encore indiquée, et pour arrêter la marche de l'inflammation d'une façon sûre et certaine, et pour prévenir la mortification d'une certaine partie de tissus.

Il n'y a donc que dans les cas très-rares, il faut le dire, où le malade se présente au chirurgien, non plus avec un *anthrax*, mais avec une *vaste plaie*, que notre procédé deviendra inutile.

*Traitement général.* — Le traitement général varie et suivant l'état du malade, et suivant la période de la maladie. Au début, on donne généralement un éméto-cathartique, ou un purgatif; mais l'efficacité de ces agents est loin d'être démontrée et bon nombre de chirurgiens y ont renoncé. Ces médicaments n'abrègent pas la maladie et ne la font pas avorter. On a même accusé les purgatifs salins de faire naître des éruptions furonculieuses. Un seul médicament jouit encore d'une certaine faveur, c'est l'arsenic ; il agirait surtout pour prévenir les éruptions successives.

Si les souffrances empêchaient le malade de dormir, on donnerait, sans inconvénient, des opiacés.

Si le malade est affaibli, soit par la suppuration, soit naturellement, on donnera des toniques, du quinquina, une bonne alimentation, etc. Ces moyens seront surtout utiles dans les hôpitaux, où les malades ayant des anthrax sont si souvent de pauvres gens, manquant de nourriture.

Enfin, les complications générales doivent occuper la principale place dans la thérapeutique : quand le malade était diabétique, par exemple, on conçoit que l'anthrax n'est pour ainsi dire qu'un accident de la maladie générale; on se gardera donc bien de négliger le traitement de la maladie générale.

---

Je remercierai M. S. Pozzi, interne de M. A. Guérin, qui a bien voulu me communiquer les observations suivantes, qu'il avait été mieux à même de recueillir que moi.

OBSERVATION N° 1.

ANDRÉ JACQUES, 52 ans, voyageur. — *Trois anthrax successifs : le premier et le troisième traités par le procédé de M. A. GUÉRIN ; le deuxième par l'incision cruciale à ciel ouvert.*

Ce malade est entré le 5 mars 1869, salle Saint-Augustin, n° 61. Il présente à la région dorsale un anthrax de la grosseur d'un œuf. Le malade a souffert de privations, dernièrement, Pas de diabète. Incision sous-cutanée. Le patient ne profère que des plaintes très faibles pendant l'opération. Tout marche régulièrement et, le 17 mars, il part pour Vincennes, ne conservant plus qu'une très petite plaie, de la largeur d'une pièce de 20 centimes environ, et couverte de bourgeons charnus. Un mois après, il revient à la consultation pour faire panser un deuxième anthrax, qui, selon lui, avait eu la même grosseur que le premier, anthrax survenu et opéré à Vincennes.

On avait fait une incision cruciale : nous pourrions donc comparer facilement les deux méthodes.

1° Phénomènes immédiats. — Là-dessus, le malade va au-devant de nos questions.

— Oh ! Monsieur, nous dit-il, on m'a bien plus fait souffrir que vous ! Il est bon de noter qu'il ignore complètement le changement de manuel opératoire mis en pratique sur lui. Tandis qu'il avait à peine laissé échapper quelques plaintes lors de l'incision sous-cutanée du premier anthrax, à Vincennes, il n'a pu s'empêcher de jeter les hauts cris quand on lui a fait l'incision cruciale.

2° Phénomènes consécutifs. — Il y a dix jours que le second anthrax a été incisé quand le malade vient se faire panser. Les cicatrices commencent à peine à se former aux extrémités des deux incisions, longues chacune d'au moins cinq centimètres.

On peut toutefois juger dès maintenant qu'elles constitueront une difformité très notable et qui serait des plus fâcheuses, si l'anthrax eût siégé dans une région habituellement découverte, à la partie supérieure de la nuque, par exemple. Au contraire, à la suite du premier anthrax, qui était aussi gros que le second, s'est formée une cicatrice circulaire qui n'a pas plus d'un centimètre de diamètre, et qui, à la longue, atteindra encore des proportions plus minimes. Combien la difformité légère qui en résultera alors, ne sera-t-elle pas différente des deux longues coutures produites par la méthode ordinaire, appliquée au deuxième anthrax.

Un mois après, le malade entre de nouveau dans la salle Saint-Augustin, pour un troisième anthrax : 23 avril. Les dimensions de cette tumeur, siégeant à la nuque, sont cinq centimètres sur quatre, et tout autour de la tumeur se trouve un empâtement notable. Incision cruciale sous-cutanée ce même jour ; affaïssissement complet de la tumeur le 27 avril ; guérison avec une cicatrice ombiliquée très peu marquée.

#### OBSERVATION N° 2.

*Anthrax de la jambe droite. — Incision sous-cutanée le 12 avril. — Sortie le 23.*

Au n° 24 de la salle Saint-Augustin est entré, le 12 avril, Blondel, maçon, âgé de 57 ans ; cet homme est très vigoureux : Pas de privations, état de santé excellent jusqu'à ces derniers temps. Depuis quelques jours, en effet, ce malade avait de la courbature, de l'anorexie.

A la partie interne et médiane de la jambe droite, existe depuis six jours un anthrax. La tumeur, rouge cuivré, percée d'orifices, présente dans le sens vertical cinq centimètres et demi de diamètre, et dans le sens transversal cinq centimètres. Autour d'elle règne un empâtement considérable avec lequel sa base se confond, mais la peau, à ce niveau, a conservé sa coloration normale. Les diamètres de l'anthrax, reculés jusqu'aux limites de cet empâtement, seraient de huit centimètres sur six. Pas de diabète.

Incision sous-cutanée prolongée jusqu'aux limites de l'empatement.

Une bouteille d'eau de Sedlitz. Les jours suivants la tumeur s'affaisse, une petite eschare se détache du sommet de la tumeur et laisse après elle une perte de substance de la largeur d'une pièce de cinquante centimes.

Le 23 avril, le malade part pour Vincennes. L'anthrax est guéri.

OBSERVATION N° 3.

N° 51, *salle Saint-Augustin*. — *Anthrax de la nuque*. — *Incision sous-cutanée le 16 avril*. — *Sortie le 29 avril*.

L'anthrax de Petit Joseph a débuté le 2 ou 3 avril par un petit bouton à la partie supérieure de la nuque ; treize jours après, quand le malade arrive à la consultation, la tumeur occupe toute la moitié gauche de la nuque. Largeur, sept centimètres ; hauteur, quatre centimètres. Elle est criblée d'orifices laissant échapper du pus. Sa base repose à gauche sur un empatement très prononcé dont les limites, du côté du cou, ne sont pas nettement marquées. Pas de diabète.

Incision sous-cutanée, en ayant soin de faire avancer le bistouri assez loin à gauche. Le malade, qui souffrait cruellement, est immédiatement soulagé.

Les jours suivants, la tumeur se vide, l'empatement qui menaçait de s'étendre à gauche disparaît. La cicatrice qui succède à l'affaissement de cette tumeur considérable a un diamètre d'un centimètre à la sortie du malade, le 29 avril.

OBSERVATION N° 4.

*Anthrax de la lèvre supérieure*. — *Salle Sainte-Marthe*. — DUPREZ (Marie), 42 ans. — *Entrée le 22 mai 1869*.

Le 19 au soir, en revenant de son travail (fleuriste), elle a senti une démangeaison à la lèvre supérieure. En se grattant, elle y découvre un petit bouton qu'elle écorche. Le lendemain ce bouton grossit. Inquiète de son développement, elle vient à la consultation

le 21 mai. On constate alors à la lèvre supérieure, un peu à droite du raphé naso-labial, à deux centimètres au-dessus de la muqueuse de la lèvre, un petit bouton analogue à un bouton d'acné qui aurait été écorché. Mais autour de ce bouton, siège un gonflement qui distend et déforme un peu la joue. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau. Si l'on vient à palper, on constate que le bouton repose sur une sorte de noyau très dur, dont les contours sont très nets et sont facilement appréciés en introduisant un doigt dans la bouche, et saisissant ainsi la lèvre par ses deux faces. Le noyau dur a trois centimètres de diamètre environ. Il est allongé dans le sens transversal. On diagnostique un anthrax au début.

Comme il n'y a pas de place pour recevoir la malade, et que l'anthrax ne paraît pas assez avancé pour que cette temporisation puisse avoir des chances fâcheuses, on lui dit de revenir le lendemain.

Le 22 mai, elle entre donc à l'hôpital. La tuméfaction dure s'est étendue jusqu'au sillon naso-labial. Le bistouri est introduit à plat par le sommet de l'anthrax; débridement en divers sens. Toutefois, craignant de blesser la branche artérielle assez volumineuse qui suit le sillon naso-labial, M. Guérin n'enfonce pas le bistouri jusqu'au-delà des limites de la tumeur à sa partie latérale droite supérieure.

Le 22 mai, les progrès du mal sont arrêtés dans tous les points, sauf en haut et à droite, où le débridement a été incomplet. L'anthrax est prononcé avec netteté à cette époque. Il est constitué par une tumeur de la grosseur d'une amande à grand diamètre horizontal, long de trois centimètres. Le bouton primitif occupe l'extrémité droite, tandis que l'extrémité gauche dépasse de quelques millimètres le milieu de la lèvre. Cette tumeur est dure, d'un rouge vif, portée sur une tuméfaction diffuse. A droite, existe une plaque rouge de la largeur de trois centimètres et demi qui dessine exactement à l'extérieur les limites de la tuméfaction dure, dépassant à droite la tumeur proprement dite. Outre cette tuméfaction, il existe un œdème de toute la joue droite s'étendant jusqu'à la région

parotidienne en dehors, et jusqu'aux paupières exclusivement en haut.

Pas de fièvre. — Le 24 et le 25, progrès de la tuméfaction toujours en haut et en dehors. Le 26, M. Guérin se décide à débrider en haut et à droite. Le bistouri est introduit à plat, un peu au-dessus du point où il avait été plongé la première fois. Le débridement se fait aussi en haut et à droite dans des tissus très-durs. Ecoulement sanguin assez abondant, arrêté par la compression. Le 26 au soir, il s'écoule par la petite incision linéaire du sang mêlé de pus. Dans sa plus grande largeur (oblique), la tuméfaction dure a maintenant 7 centimètres. La paupière inférieure est œdématisée.

Le 28, les deux orifices de l'anthrax laissent écouler beaucoup de pus. La tumeur est moins dure, moins douloureuse, mais elle comprend toute la joue, depuis la lèvre supérieure jusqu'au bord inférieur de l'orbite. Au reste, l'état général est demeuré assez satisfaisant. La malade a toujours pu se lever et marcher dans la salle.

Les jours suivants, l'affaissement de la tumeur s'effectue avec rapidité. Le 4 juin, la malade va au Vesinet. De cet énorme anthrax, il ne reste pas d'autre trace que deux cicatrices punctiformes, correspondant aux points qui ont laissé passage au bistouri. Cette femme, qui est encore assez jeune, se félicite d'un pareil résultat.

M. Guérin nous raconte qu'il a obtenu un résultat analogue chez une dame du monde élégant, qu'un illustre chirurgien avait déclaré ne pouvoir être sauvée que par l'incision cruciale à ciel ouvert.

#### OBSERVATION N° 5.

Le nommé P . . . , âgé de 38 ans, domestique à la maison de santé du Dr Blanche, a vu se développer vers le 26 mai, un anthrax siégeant à la nuque et à gauche. Cet anthrax prit assez rapidement un volume considérable; il causait de très vives douleurs, que réveillait le moindre mouvement de la tête. Le 31 mai, on fit dans cette tumeur plusieurs ponctions, mais le résultat fut nul; aucune amélioration. Le 2 juin alors, on fit une petite incision cruciale au sommet de la tumeur. Mais comme il n'y avait pas d'amélioration, tant s'en faut,

le Dr Blanche envoya chercher M. A. Guérin. L'incision sous-cutanée fut faite le jour même 2 juin. Le malade ne tarda pas à sentir un mieux considérable. Dès le lendemain les douleurs avaient cessé en grande partie ; le cou avait repris, sans occasionner de douleur, la plupart de ses mouvements.

Quand nous avons vu ce malade, le 8 juin, il remuait la tête dans tous les sens. La tumeur présentait 10 centimètres de hauteur et 13 de largeur. L'empâtement avait déjà diminué d'une façon notable : le mieux se fit sentir de jour en jour, et le 20 juin, le malade reprenait son service. Quant à la cicatrice, nous n'avons pas à nous en occuper dans ce cas ; la tumeur, en effet, avait été ouverte par une incision cruciale à ciel ouvert, et M. A. Guérin s'était servi de ces incisions pour opérer son malade.

---

## QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES.

---

*Anatomie et histologie normales.* — Articulations du pied.

*Physiologie.* — De la déglutition.

*Physique.* — Electricité atmosphérique ; lésions produites par la foudre ; paratonnerre.

*Chimie.* — Des oxydes d'étain, de bismuth et d'antimoine ; leur préparation ; caractères distinctifs de leur dissolution.

*Histoire naturelle.* — Des hirudinées, leurs caractères généraux, leur classification ; des sangsues ; décrire les diverses espèces d'hirudiculture.

*Pathologie externe.* — Du glaucôme aigu.

*Pathologie interne.* — Des accidents qui se rattachent à la dentition

*Pathologie générale.* — De l'intermittence dans les maladies.

*Anatomie et histologie pathologiques.* — De l'hypertrophie du cœur.

*Médecine opératoire.* — De la valeur des amputations de Chopart, de Syme, de Pirogoff, sous-astragaliennne et sus-malléolaire, sous le rapport de l'utilité consécutive du membre.

*Pharmacologie.* — De la glycérine considérée comme dissolvant ; caractères de sa pureté ; des glycérolés ; comment les prépare-t-on ?

*Thérapeutique.* — Des indications de la méthode vomitive.

*Hygiène.* — Des bains.

*Médecine légale.* — Est-il indispensable, pour affirmer qu'il y a eu empoisonnement, que la substance toxique ait été isolée ?

*Accouchements.* — De la rupture prématurée des membranes.

---

Vu, bon à imprimer,

GOSSELIN, Président.

*Permis d'imprimer,*

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.